ROK III WARSZAWA 1929 KWIECIEŃ ZESZYT III

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

RENÉ LERICHE.

Obecny stan chirurgji układu współczulnego.

(wykład im. Greene Cumston, wygłoszony w Tow. Medycznem w Genewie)

Chirurgja układu współczulnego obejmuje już obecnie dziedzinę rozległą, o możliwościach prawie że nieograniczonych; wyszedłszy z okresu działania poomacku i czystego empiryzmu, a znajdując się jeszcze w okresie prób, posiada ona obecnie duży dorobek naukowy, który już jej pozwala na sprecyzowanie tego, co wogóle może zdziałać i w jaki sposób. W każdym razie zaznaczyć należy, że chirurgów, kroczących tą drogą, czeka jeszcze długa i ciężka praca, najeżona znacznemi trudnościami.

Trudności te jednak nie dotyczą techniki operacyjnej; układ współczulny w całej swej rozciągłości — zwoje, gałązki łączące (rami communicantes), pnie obwodowe — jest dostępny dla zabiegu operacyjnego. Odnośne operacje zostały dokładnie opracowane, wymagają one nie tyle zręczności i zdolności ze strony operującego, co drobiazgowości w wykonaniu; to samo zresztą można powiedzieć wogóle o chirurgji układu nerwowego. Wszystkie te zabiegi na układzie współczulnym, lege artis wykonane, nie przedstawiają dla chorego większego niebezpieczeństwa. Wykonałem przeszło 60 zabiegów na części szyjnej nerwu współczulnego, 3 — na części piersiowej, 15 — na części lędźwiowej i w okolicy tętnicy głównej, tyleż — na części miedniczej, wreszcie około 300 razy wykonałem sympaticektomję okołotętniczą; poza jedynym przypadkiem z pierwszych lat mojej pracy w tej dziedzinie (osobnik w późnym wieku z tętnicą szyjną, zmienioną miażdżycowo, operowany już uprzednio w tej okolicy), nie natrafiłem ani razu na takie trudności techniczne, któreby naraziły chorego na jakieś poważniejsze obrażenie. Miałem tylko dwa przypadki śmiertelne: jeden — wskutek zatoru w przebiegu operacji, drugi—wskutek zapaści sercowej w przypadku choroby *Basedowa* w stanie bardzo ciężkim (przecięcie w znieczuleniu miejscowem łańcucha szyjnego). W obu przypadkach operacja była wykonana in extremis.

Jak z powyższego widać, operacje na układzie współczulnym nie są dla chorych niebezpieczne. Trudności, napotykane tutaj są innej natury.

Chirurgja układu współczulnego dotyczy chorób naogół mało znanych, a nawet nieraz poprostu ciemnych. Ma ona na celu znalezienie pewnych zespołów bólowych o istocie nieznanej, zespołów naczyniowych, któremi się patologowie niezbyt dotąd interesowali, wreszcie zespołów troficznych, których istota i mechanizm są jeszcze na tyle niewyjaśnione, że właściwie nie wiemy, z czem tutaj wogóle mamy do czynienia. Chirurgja układu współczulnego, w miarę swego rozwoju, stwarza nowe działy patologji, więc nic dziwnego, że spotykają ją od czasu do czasu pewne niepowodzenia i narażona jest na błędy co do wskazań i co do rozpoznania. Inaczej jest z chirurgami innych działów, już dostatecznie rozwiniętych i udoskonalonych, którzy nie potrzebują wahać się wśród niejasności i wątpliwości z powodu każdego przypadku. A zresztą my, chirurdzy, błądzimy często przez to, że w razie niepowodzenia, brzemię winy składamy przedewszystkiem na metodę operacyjną, zamiast szukać przyczyny niepowodzenia w nas samych i naszych własnych błędach.

Jasnem się teraz staje, na czem polegają trudności, napotykane przez chirurgów układu współczulnego, którzy w przeciwieństwie do innych chirurgów działają w terenie zupełnie niepewnym, tworzą krok za krokiem, zupełnie nowy dział patologji.

Historja współczesnej chirurgji pokazuje nam niejednokrotnie, jak niektóre zabiegi operacyjne, wykonywane jakby na próbę, przyczyniały się do wyjaśnienia i pogłębienia patologji ogólnej, i z drugiej strony—terapja otrzymywała mocne podstawy dopiero wtedy, kiedy strona anatomo-patologiczna została zupełnie wyjaśnioną. Przykładem tego służyć może zabieg tak dzisiaj banalny jak zespolenie żołądkowo-jelitowe. W czasie kiedy *Woelfler* po raz pierwszy wykonał przyszycie jelita czczego do żołądka, dla ominięcia przeszkody w odźwierniku, innych przyczyn jego zwężenia, poza rakiem, prawie że nie znano. O wrzodzie żołądka wiedziano bardzo niewiele, uważając go wogóle za chorobę właściwą młodym dziewczętom, o przebiegu ostrym. Nie przejmując się jednak zbytnio brakiem dokładnych wiadomości, chirurdzy zaczęli wykonywać zespolenie żołądkowo-jelitowe z początku prawie, że naoślep, i u histeryczek i u osobników z opuszczeniem trzew, u aerofagów, u tabetyków, w przypadkach hypersekrecji — nie mając przytem dostatecznego pojęcia o fizjopatologji zespolenia. Te błędy wywołują dzisiaj uśmiech na naszych ustach, podczas gdy przed 30 laty były na porządku dziennym. Z czasem, powoli powstała cała patologja wrzodu w tej postaci, w jakiej ją dzisiaj znamy; poznaliśmy dokładnie czynność wydzielniczą i ruchową żołądka po zespoleniu. Stopniowo, zespolenie żołądkowo jelitowe otrzymało właściwe mu wskazanie i przeciwskazanie i stało się jednym z najbardziej skutecznych i pewnych zabiegów operacyjnych.

Tak samo się rzecz miała z chirurgją układu współczulnego. Tu również technika wyprzedziła znacznie znajomość patologji. Pierwsi chirurdzy byli tylko technikami, którzy używali naoślep i nadużywali odpowiednich zabiegów operacyjnych. Pierwsze wyniki były zawsze wspaniałe, zaczęto więc stosować operacje na układzie współczulnym na prawo i lewo, mając na widoku tylko jeden jakiś objaw, nie kłopocząc się o wskazania do zabiegu, ani starając się nawet przeniknąć wgłąb samej istoty choroby. Następstwa nie kazały na siebie długo czekać; coraz częściej wyniki operacyj okazywały się niedostateczne i coraz częściej słychać było głosy, że „sympatektomja jest nic nie warta".

Zresztą byli również chirurdzy, którzy przez wybór odpowiednich przypadków i ograniczenie wskazań zabezpieczali sobie dobre wyniki pooperacyjne.

Spór, co do wyników operacyj na układzie współczulnym, trwa. Ma on jednak charakter nienaukowy, retoryczny; wątpiący i sceptycy walczą gołosłownemi zapewnieniami, zamiast oprzeć się na faktach, coby znacznie całą sprawę uprościło. Poza tem chwila obecna nie nadaje się jeszcze do wydawania ostatecznego sądu w owej sprawie, gdyż prace przygotowawcze nad patologją odpowiednich schorzeń nie zostały jeszcze ukończone. Na razie potrzeba nam faktów, a nie sądów; tymczasem w literaturze współczesnej faktów tych podaje się zbyt mało. Fakty te chcemy obecnie podać. Opiszę szereg stanów chorobowych, w leczeniu których operacje na

układzie współczulnym zajmują miejsce wcale poczesne. Ograniczę się tutaj do zacytowania leczenia chirurgicznego dusznicy bolesnej, astmy, choroby Raynaud i schorzeń kostno-stawowych pochodzenia naczynio-ruchowego; nie są to zagadnienia proste i jasne, ani tem bardziej niepodlegające dyskusji, wybrałem je jednakże, gdyż leczenie tych stanów chorobowych jest sprawą ogromnej doniosłości.

Zacznę od *dusznicy bolesnej*. Nie będę się dłużej zatrzymywał nad zasadniczym sprzeciwem przeciwko leczeniu chirurgicznemu tej choroby, leczonej od wieków wewnętrznie, i co do której sama jej patogeneza leczenie operacyjne pozornie czyni bardzo problematycznem.

Czy osiągnięto wyleczenie tego rodzaju chorych na drodze chirurgicznej? Jeżeli tak, to jak się to odbyło i w jakich warunkach?

Na pierwsze pytanie odpowiem bezwzględnie twierdząco. Mamy już cały szereg statystyk, dotyczących leczenia chirurgicznego dusznicy bolesnej (*Fontaine* —100 przypadków: *Cutler* — 120 przypadków, *Hess* — 135 przypadków); oceniają one odsetkę wyleczenia albo poprawy na 70%, śmiertelność — 10%, brak wyniku — również 10%.

Liczby to jednak nie mają dużej wartości, spostrzeganie większości przypadków trwało zbyt krótko, zaledwie kilka miesięcy. Zgodnie z zebranemi przez nas spostrzeżeniami (200 przypadków, z tych 35 spostrzeganych dłużej i bardzo dokładnie) odsetkę wyleczeń należałoby znacznie obniżyć. Opracowaliśmy, *Fontaine* i ja, specjalny schemat badania takich chorych, którego dokładne wypełnienie pozwalało nam na odtworzenie codziennego życia chorych po operacji. Stwierdziliśmy ponad wszelką wątpliwość w tych 35 przypadkach, że operacja umożliwiła tym nieszczęśliwym chorym życie w zupełnie nowych i bez porównania lepszych warunkach. Pomijam tutaj spostrzeżenia *de Jonnesco* (jedno wyleczenie, trwające 7 lat, i drugie — 18 miesięcy), *Reida* (16 miesięcy po operacji), *Gino Pieri* (2 lata), *Danielopolu* (13 miesięcy), *Hessa* (15 miesięcy), *Cutlera* (2 lata). Ja sam operowałem z *Fontain'em* czterech takich chorych; dwóch z nich było w ciężkim stanie, z objawami daleko posuniętej niedomogi sercowej. Jeden z tych chorych nie uzyskał poprawy, drugi — zmarł po 10 miesiącach, ale napadów dusznicy po operacji nie miał wcale, trzeci—zaczął miewać napady po 18 miesiącach, czwarty wreszcie może być uważany za zupełnie wyleczonego od 3 lat. Ten ostatni był to mężczyzna 51 lat, nie zakażony kiłą, nie palący tytuniu mechanik fabryczny z zawodu, który od lat miewał napady dusznicy bolesnej w przerwach 6 — 8 tygodniowych, stopniowo coraz cięższe; serce było prawidłowe pod każdym względem, ciśnienie krwi: 15 i 9; po operacji wrócił całkowicie do wykonywania swego zawodu. Napadu dusznicy nie miał ani razu.

A więc są niewątpliwie chorzy na dusznicę bolesną, którzy zostali całkowicie i trwale wyleczeni zapomocą sympatektomji; przyczem zaznaczyć należy, że operacja usuwa tutaj nietylko ból jako jeden z najbardziej przykrych objawów choroby, ale wogóle przerywa występowanie charakterystycznych dla tego cierpienia napadów. Jednak to wyleczenie nie jest bynajmniej udziałem wszystkich chorych. Całą sprawę leczenia chirurgicznego dusznicy bolesnej należałoby rozpatrywać z następującego punktu widzenia: dlaczego w jednych przypadkach leczenie to wieńczy wynik pomyślny i dlaczego w innych mamy brak wyniku? Dokładne przestudjowanie przypadków nieudanych wykazałoby niewątpliwie przyczynę powodzenia w innych. Dlatego też zwrócę przedewszystkiem uwagę na przypadki leczone chirurgicznie bez wyniku.

Z pośród przyczyn niepowodzenia na pierwszym miejscu postawię błędy techniki operacyjnej, to jest nieosiągnięcie tego, co było przez operującego zamierzane. Zgodnie z danemi fizjologicznemi i doświadczalnemi operacja w dusznicy bolesnej winna polegać na przecięciu gałązek łączących zwoju gwiaździstego (rami communicantes), przecięciu powyżej niego pnia współczulnego szyjnego i wycięciu zwoju szyjnego górnego. Obnażenie zwoju gwiaździstego, który jest ukryty poza tętnicą kręgową i tętnicą tarczycową dolną, jest naogół rzeczą trudną. Ponadto na przedniej powierzchni tętnicy tarczycowej dolnej bywa umiejscowiony zwój współczulny pośredni, nieraz znacznie rozwinięty, który to zwój chirurg mniej doświadczony zmylić może ze zwojem gwiaździstym i wyciąć ten pierwszy zamiast drugiego. Nieodsłonięcie dokładne w cza-

sie operacji tętnicy kręgowej nie daje dostatecznej gwarancji, czy się wycięło właśnie ten zwój, o który chodziło, to jest zwój gwiaździsty. Wykonałem blisko 5o operacyj na zwoju gwiaździstym; jego umiejscowienie było stale to samo, ale sam zabieg, a zwłaszcza odszukanie zwoju, trwało zawsze czas dłuższy tak, że wycięcie zwoju gwiaździstego w pięć minut — jak to się czasami podaje — jest conajmniej wątpliwe. *Aubert* z Marsylji przyznaje się, że u pewnego chorego na dusznicę bolesną wykonał przecięcie gałązek łączących w dolnej części szyjnej i przecięcie łańcucha zwojowego tuż powyżej zwoju gwiaździstego, przyczem był przekonany, że operację wykonał dokładnie i dobrze; tymczasem chory ów zmarł w parę dni i na sekcji okazało się, że zwój gwiaździsty był na swem zwykłem miejscu zupełnie niezmieniony i nietknięty przez zabieg operacyjny. Gdyby ten chory żył i miał po operacji w dalszym ciągu napady dusznicy, to kładzionoby to niewątpliwie na karb wadliwości metody leczniczej.

Następną przyczyną braku poprawy po operacji jest nieuwzględnienie przeciwskazań do niej. Dusznica bolesna jest to zespół objawów, którego tłem mogą być różne mniej lub więcej ciężkie schorzenia serca i tętnicy głównej, jak zwężenie światła tętnicy wieńcowej, aorty, niedomoga mięśnia sercowego, rozszerzenie serca, lub też tylko zapalenie nerwów splotu sercowego, skurcz tętnic wieńcowych i rozszerzenie aorty; tylko w tej drugiej grupie schorzeń można liczyć na wynik pomyślny leczenia operacyjnego.

Stwierdzono ponad wszelką wątpliwość, że drażnienie prądem elektrycznym dolnego bieguna zwoju gwiaździstego wywołuje napad dusznicy bolesnej nawet u człowieka zdrowego i że z drugiej strony znieczulenie tego zwoju nowokainą u chorych w czasie napadu dusznicy napad ten przerywa. A więc podnieta nerwowa, wywołująca napad dusznicy bolesnej, powstaje niewątpliwie na wysokości zwoju gwiaździstego. Przerywając łączność tego zwoju z obwodem i z rdzeniem, przeciwdziała się powstawaniu napadów. Myśl ta jest teoretycznem uzasadnieniem leczenia chirurgicznego tego cierpienia. Jednakże pamiętać należy, że trudno jest spodziewać się pomyślnego wyniku leczenia operacyjnego w przypadkach zbyt zadawnionych, kiedy w sercu i tętnicy głównej powstały daleko posunięte zmiany organiczne, już nieodwracalne, a które z kolei same powodują powstawanie napadów. Zresztą to samo dotyczy wogóle wszelkich zabiegów operacyjnych.

Zabieg operacyjny w dusznicy bolesnej ma na celu zablokowanie gwiaździstego zwoju współczulnego w stosunku do drażniących go podniet pochodzenia ośrodkowego i wychodzących zeń podniet naczynioruchowych (zwężających). Niestety, fizjologja unerwienia serca jest dotychczas jeszcze tak ciemna i tyle czynników jest tutaj jeszcze zupełnie nieznanych, że w chwili obecnej nie można nigdy powiedzieć, czy operacja nawet najlepiej wykonana nie pozostanie bez wyniku. Podniosę tu tylko jeden szczegół — operację wykonywa się zwykle po jednej stronie, a tymczasem serce otrzymuje unerwienie od obu stron i podniety, wywołujące powstawanie napadów dusznicy bolesnej, mogą wychodzić tak z jednej strony jak i z drugiej. Operacja wykonana po stronie lewej może nie dać wyniku, gdyż należałoby być może operować po stronie prawej.

Czy należy, wobec tego, w przypadkach pooperacyjnego nawrotu cierpienia operować za drugim razem po stronie przeciwnej? Być może, jednak za najsłuszniejsze uważałbym zbadanie możliwości wyboru do operacji strony właściwej na drodze badania klinicznego. Jak dotychczas, znamy bardzo niedostatecznie początkowe okresy dusznicy bolesnej i fizjopatologję i mechanizm powstawania napadów, jakkolwiek obraz kliniczny tego schorzenia został naogół dosyć dobrze opracowany.

Stosowanie nowych sposobów badania, a zwłaszcza wstrzykiwanie do pni nerwowych na szyi środków znieczulających nada z czasem większą precyzję naszemu postępowaniu chirurgicznemu. Lekarze wewnętrzni, którzy najwięcej widzą chorych takich w początkowych okresach ich cierpienia i najczęściej mają możność spostrzegania przebiegu napadów, mogą najbardziej przyczynić się do postępów leczenia operacyjnego dusznicy bolesnej.

Wszystko to, co zostało powiedziane o dusznicy bolesnej, możnaby mutatis mutandis powtórzyć i o *astmie* (*asthma bronchiale s. nervosum*). Przyczyny organiczne tego schorzenia mogą być tak różne a ar-

senał środków dotychczas stosowanych przez lekarzy wewnętrznych (adrenalina, kofeina, jod, wody mineralne, uczulenie, szczepienia, radjoterapja) jest tak bogaty, że pozornie mogłyby się wydawać niedorzecznością próby chirurgicznego leczenia astmy.

Jednakże są chorzy, wobec których medycyna wewnętrzna jest bezsilną. Pozwolę sobie tutaj przytoczyć parę takich przykładów.

Chora lat 45 cierpi od trzech lat na astmę; napady występują nocą, są niezbyt nasilone i niezbyt częste, z czasem stają się coraz cięższe i częstsze, wreszcie zmuszają chorą do udania się do Kliniki Wewnętrznej w Sztrasburgu, gdzie pozostaje 18 miesięcy bez najmniejszej poprawy — pomimo stosowania intensywnego i wszechstronnego leczenia. Wreszcie, zwątpiwszy całkowicie o możności wyleczenia chorej środkami wewnętrznemi, kolega *Leon Blum* przesyła ją do mnie. Chora nie chodzi prawie wcale, noce spędza w pozycji siedzącej z powodu znacznej i męczącej duszności, na twarzy — sinica wyraźna; tylko morfina jest w stanie złagodzić nieco jej cierpienia.

11 maja 1925 roku wykonałem operację wycięcia zwoju gwiaździstego lewego; wieczorem tego samego dnia chora była już spokojna, a duszność znacznie się zmniejszyła, następnego dnia ustąpiła sinica. W ciągu następnych dni poprawa była coraz większa, wreszcie w dwa tygodnie po operacji chora opuściła klinikę jako wyleczona. W ciągu następnych lat widziałem ją kilkakrotnie — zdrową, szczęśliwą, dobrze odżywioną, bez śladów duszności, nie mającą wcale napadów. W trzy lata po operacji miałem od niej ostatnią wiadomość, że czuje się w pełni zdrowia i uważa się za całkowicie wyleczoną.

A oto inny przypadek. Kobieta lat 45 cierpi od lat czternastu na astmę, i stan jej, pomimo stosowania najrozmaitszych środków, pogarsza się stale. Od roku napady są tak częste że chora nie sypia prawie wcale. Od ośmiu miesięcy do cierpienia zasadniczego przyłączyły się objawy choroby *Basedowa*. Wszelkie sposoby leczenia w Klinice Wewnętrznej nie dały żadnego wyniku. We wrześniu 1925 roku wyciąłem jej zwój gwiaździsty lewy; nocy następnej czuła się dobrze, nazajutrz duszność ustąpiła zupełnie, napadów nie było; stan chorej poprawiał się stale tak, że po 8 dniach opuściła klinikę jako wyleczona. Po 30 miesiącach widziałem ją po raz ostatni, cieszącą się jak najlepszem zdrowiem, napadów nie miała wcale; z objawów choroby *Basedowa* pozostał tylko wytrzeszcz gałek ocznych niewielkiego stopnia.

A więc jest faktem dowiedzionym, że zgodnie z danemi ogłoszonemi przez *Kummella* w 1923 roku, można wyleczyć z astmy zapomocą operacji na układzie współczulnym.

Sam pomysł wycięcia zwoju współczulnego jest sprzeczny coprawda z klasycznemi teorjami o unerwieniu płuc i mechanizmie powstawania napadów astmy, gdyż nerw błędny uważa się za zwężający oskrzela, a współczulny — za rozszerzający, zaś napad astmy jest właściwie skurczem oskrzeli. Fakt jednak pozostaje faktem. Należy poprostu uzupełnić badania nad unerwieniem płuc, a sprzeczność między danemi operacyjnemi a teorją klasyczną wyjaśni się.

Zebrałem dane co do 190 wykonanych dotychczas jedno lub obustronnych operacyj na nerwie współczulnym w przypadkach astmy. Wyniki były następujące: 43% wyleczenia i znacznej poprawy, 24%—wynik niepewny, 31%—bez wyniku lub pogorszenie.

Jednak w tym przypadku podobnie jak i wtedy, kiedy chodziło o dusznicę bolesną, statystyka ta jest prawie bez wartości, gdyż na 190 przypadków tylko w 39 spostrzeganie sięgało poza okres 3 miesięcy. Ze względu na konieczność obserwowania chorych po operacji przez czas długi, trudno tu jest o statystykę bardziej wartościową. Większą wartość przedstawia rozpatrzenie przypadków, leczonych chirurgicznie bez wyniku, i rozważenie przyczyn niepowodzenia. Chodzi tu o błędy techniki operacyjnej, wadliwe wskazanie do operacji i niewłaściwy wybór samego zabiegu.

Jak już wyżej zaznaczyłem, za główny czynnik działający w powstawaniu napadów astmy uważa się nerw błędny; z drugiej strony — nerw współczulny jest nerwem czuciowym oskrzeli, a do tego — jak to wykazały badania *Braeukera* i *Fontaine'a* — między nerwem błędnym i współczulnym następuje wymiana włókien tak, że część piersiowa nerwu błędnego za-

wiera jednocześnie włókna współczulne i przywspółczulne (parasympatyczne).

Kappis wykonywał u chorych na astmę przecięcie nerwu błędnego i otrzymywał znaczną poprawę. Na 41 tego rodzaju operacyj, zebranych z różnych źródeł za ostatnie dwa lata, w 72% otrzymano wyleczenie lub poprawę, w 23%—brak wyniku.

Jak z powyższego wynika, mamy dwa potężne środki w zwalczaniu astmy, to jest przecięcie nerwu współczulnego i błędnego, nie zawsze jednak, niestety, potrafimy je wykorzystać, gdyż ustalenie wskazań do tych zabiegów jest jeszcze naogół rzeczą trudną (operowanie po jednej stronie, wybranej na chybił-trafił).

Wyżej przytoczyłem opisy dwu przypadków astmy, wyleczonych zapomocą sympaticektomji. Teraz chcę podać jeden wyleczony zapomocą przecięcia nerwu błędnego.

Mężczyzna 58-letni zgłosił się do mnie z powodu napadów astmy, na które cierpi od 9 lat, i które rozpoczęły się w 15 dni po wycięciu polipów w nosie; napady te stopniowo stawały się coraz cięższe i coraz częstsze — 2 do 5 razy w ciągu dnia i 2 do 3 razy w ciągu nocy. Jedynie tylko adrenalina była w stanie przynieść pewną ulgę.

W styczniu 1927 roku wykonałem mu operację *Freunda*, która przyniosła wyraźną poprawę. Po dwu miesiącach wyciąłem mu zwój gwiaździsty lewy — po operacji stan chorego pogorszył się znacznie i stał się wkrótce równie nie do zniesienia, jak przed pierwszym zabiegiem. W 4 tygodnie potem, w znieczuleniu miejscowem obnażyłem mu nerw błędny prawostronny i wstrzyknąłem doń roztwór nowokainy—duszność ustąpiła natychmiast, oddech stał się spokojny i prawidłowy, samopoczucie chorego poprawiło się wybitnie; wobec tego wyciąłem kawałek pnia nerwowego długości 1 cm. Napady stały się znacznie rzadsze i chory zadowolony z wyniku leczenia, opuścił wkrótce Klinikę (ze zniekształceniem głosu wskutek porażenia odpowiedniej struny głosowej.) Po 10 miesiącach widziałem tego chorego — napady miał bardzo rzadko (raz na parę miesięcy), chodził, pracował, ciesząc się tym niespodziewanym dla siebie i dla mnie powrotem do zdrowia.

Operowałem w ogólnej sumie 5 chorych na astmę: u 2 — nie osiągnąłem żadnego wyniku, u 3 pozostałych otrzymałem wynik wybitny (2 razy wycięcie lewego zwoju gwiaździstego i 1 raz przecięcie nerwu błędnego).

Pomimo całej swojej niepewności i braku jasno określonych podstaw, leczenie chirurgiczne astmy powinno być uprawiane systematycznie, zważywszy osiągnięte już wielce zachęcające wyniki dotychczasowe.

Choroba Raynaud. I tutaj patologja i patogeneza są jeszcze ciemne, jak i w poprzednich schorzeniach; etjologja — prawie nieznana, obserwacje kliniczne — niedostateczne, ponieważ chodzi tu przeważnie o chorych ambulatoryjnych, którzy rzadko i krótko przebywają w szpitalach. Nic też dziwnego, że chirurgów, usiłujących leczyć to cierpienie operacyjnie, spotyka często niepowodzenie. Tembardziej, że nazwą choroby Raynaud często obejmuje się cały szereg stanów chorobowych, zasadniczo różnych, jak zespół naczynio-ruchowy okresu pokwitania (prawdopodobnie pochodzenia jajnikowego), właściwa choroba Raynaud, choroba Raynaud atypowa, choroba R. jednostronna, akrocjanoza i wreszcie rzekomy zespół Raynaud (endarteriitis localis, choroba Buergera); zwłaszcza ta ostatnia jednostka chorobowa jest przyczyną częstych niepowodzeń operacyjnych, jak tego dowodzi przykład następujący.

Mężczyzna 32-letni zgłosił się do mnie w grudniu 1925 roku z powodu gwałtownych bólów napadowych w trzech palcach ręki prawej, utrzymujących się od miesiąca; przed 8 dniami podobne objawy wystąpiły i ze strony stopy prawej i wkrótce po tem zjawiło się owrzodzenie troficzne na palcu środkowym dłoni prawej. Rozpoznałem tu chorobę Raynaud we wczesnym okresie rozwoju i wykonałem sympaticektomję okołotętniczą tętnicy ramieniowej. Bezpośrednio po operacji bóle zmniejszyły się ale wieczorem tego samego dnia znowuż nasiliły się i nasilenie to utrzymywało się przez następne dni; po 2 tygodniach wykonałem choremu przecięcie odpowiednich gałązek łączących (rami communicantes) pnia współczulnego — bez wyniku, dopiero .wyłuszczenie palca w stawie złagodziło bóle całkowicie, które jednak po roku wróciły znowuż w swej dawnej postaci. Przeprowadzone tym razem badania oscyllometryczne na kończynach wykazały zupełny brak wahań w kończy-

nach górnych i dolnej prawej. A więc rozpoznanie choroby Raynaud w tym przypadku było błędne, gdyż mieliśmy tu do czynienia z chorobą Buergera, której początek przypominał zupełnie objawami wczesne okresy choroby Raynaud, z charakterystycznem dla niej ostrem ograniczonem zniedokrwieniem kończyny. Choremu temu wykonałem potem wycięcie nadnercza lewego, co mu przyniosło znaczną i stałą, zdaje się, ulgę w jego cierpieniach. W drugim przypadku chodziło o rzekomą chorobę Raynaud jednostronną w przebiegu rozległego zapalenia zakrzepowego tętnicy ramieniowej; wykonana tutaj sympaticektomja okazała się bez wyniku, dopiero wycięcie zarośniętego odcinka tętnicy przyniosło poprawę.

A więc należy pamiętać o tem, że charakterystyczne dla choroby Raynaud napady ostrego ograniczonego zniedokrwienia kończyny (asphyxia localis) zdarzają się również i w początkowych okresach endarteriitis obliterans i thromboarteriitis Buergera i mogą prowadzić do odpowiednich pomyłek rozpoznawczych. Każdy chory z ogniskowemi zaburzeniami naczynioruchowemi powinien mieć zbadane tętnice kończyn w kierunku oscyllometrycznym, w przypadku, kiedy wskaźnik oscyllometryczny dla jednej z tętnic wypadnie obniżony (zmniejszenie drożności tętnicy). nie należy myśleć o chorobie R. i należy zaniechać wykonania odnośnej operacji na układzie współczulnym. W chorobie Raynaud krążenie obwodowe w przerwach między napadami zachowuje się zawsze prawidłowo, a zgorzeli w początkach nie bywa nigdy; zgorzel ta, o ile już wystąpiła, przedstawia się typowo w postaci ograniczonej blaszki rogowatej na opuszce palca poniżej brzegu paznokciowego; uporczywe ropienie łoża paznokciowego z obumarciem paznokcia zdarzają się tu znacznie rzadziej, a obumarcie całej falangi lub nawet palca występują dopiero w późnych okresach choroby, ewentualnie świadczą o poważniejszych zmianach w tętniczkach jako jej powikłaniu (osoby w podeszłym wieku). Choroba ta rzadko zaczyna się po jednej stronie; najczęściej od samego początku przebiega symetrycznie (zgodnie z opisem samego Raynaud) i ma charakter choroby ogólnej, dotycząc nietylko kończyn ale także i nosa, płatków usznych, trzew jamy brzusznej, a zwłaszcza narządów płciowych u kobiet.

W prawdziwej chorobie *Raynaud* można osiągnąć zawsze zapomocą operacyj na nerwie współczulnym już jeżeli nie wyleczenie, to przynajmniej znaczną poprawę, zwłaszcza co do objawów bólowych. Wystarcza tu, zdaniem mojem, w zupełności wykonanie sympaticektomji okołotętniczej. Niektórzy chirurdzy Stanów Zjednoczonych Am. P i Argentyny zalecają w każdym przypadku rozległe i obustronne wycięcie odpowiednich zwojów współczulnych przykręgosłupowych w części lędźwiowej, czego ja nie pochwalam, a nawet, przyznam się, że nie rozumiem. Wszelkie operacje na układzie współczulnym w chorobie *Raynaud* są tylko zabiegami objawowemi, nie ujmującemi istoty sprawy, która polega na zaburzeniach ustroju natury ogólnej i na którą wpłynąć nie mogą jakiekolwiek zabiegi na nerwach. Wycięcie części pnia nerwu współczulnego uważam tu nietylko za zbędne, ale nawet za szkodliwe, gdyż sprowadza pewien defekt nie do odrobienia, którego następstw dalszych nie jesteśmy w stanie narazie ocenić.

Zwoje współczulne są ważnemi ośrodkami przewodzenia bodźców dośrodkowych, które ulegają tu prawdopodobnie odpowiedniemu przekształceniu; z tego też względu należałoby je oszczędzać, i jestem przekonany, że prędzej czy później zostanie wyjaśniona ta szkoda, jaką się przyczynia choremu, wycinając je. Tembardziej nieuzasadnioną jest ta szkoda, że zapomocą zwykłej sympaticektomji okołotętniczej cały szereg chorych takich całkowicie i trwale wyleczono.

Operowałem w kwietniu 1924 roku młodą kobietę, siostrę i córkę lekarza, która cierpiała na typowe napady choroby *Raynaud* uogólnione (wszystkie 4 kończyny, nos, uszy, zaburzenia miesiączkowania); wykonałem sympaticektomję okołotętniczą tętnicy ramieniowej prawej i udowej prawej. Poprawa była znaczna w ciągu następnych czterech lat (do czasu kiedym ją widział po raz ostatni) miewała tylko niewielkie i zrzadka występujące zaburzenia naczynioruchowe w zakresie dłoni prawej, poza tem czuła się zdrową i zdolną do kontynuowania swych zwykłych zajęć, przerwanych w okresie przedoperacyjnym.

W przypadkach uporczywych można sympaticektomję okołotętniczą połączyć z przecięciem gałązek łączących (rami com-

municantes), którego efekt jest bardziej intensywny i bardziej rozległy. Operowałem w ten sposób w styczniu 1925 roku stolarza, który cierpiał na chorobę *Raynaud* uogólnioną od wielu lat. Wykonałem mu przecięcie gałązek łączących po obu stronach i sympaticektomję okołotętniczą tętnicy ramieniowej prawej (trzyczasowo). Po dwóch latach miałem od niego wiadomość, że czuje się zdrowym, poza niewielkiem osłabieniem kończyn górnych. Osłabienie takie jest zwykłem odległem następstwem przecięcia gałązek łączących, ponieważ gałązki te przewodzą od obwodu do rdzenia czucie głębokie i ich przecięcie powoduje zaburzenie w przewodzeniu czucia głębokiego do wyższych ośrodków nerwowych. Jedna z moich chorych, u której wykonałem przed dwoma laty przecięcie gałązek łączących z powodu gwałtownych bólów pourazowych kończyny górnej lewej, a których, mówiąc nawiasem, nie miewa obecnie wcale, twierdzi, że odczuwa od czasu do czasu takie osłabienie w kończynie górnej lewej, że nie jest w stanie utrzymać filiżanki w ręku.

Wracając do choroby *Raynaud*, należy naogół operować obustronnie. Jakkolwiek udaje się niewątpliwie wyleczyć chorych z objawami obustronnemi przez wykonanie sympaticektomji po jednej stronie, jednakże jest pewniejszem i daje lepsze wyniki wykonanie tejże na wszystkich chorych kończynach.

Operowałem w 1924 roku chorego, rzeźnika, z powodu objawów po jednej stronie; przez 3 lata czuł się zdrowym, potem zaczął odczuwać takie same zaburzenia po stronie przeciwnej, z powodu których operowałem go powtórnie.

Spostrzegałem i operowałem poza tem dwu innych tego rodzaju chorych, ze znaczną poprawą lub wyleczeniem (obserwacja 2—3-letnia); w piśmiennictwie przykładów podobnych mamy bardzo dużo. *Biessot* ogłosił 3 przypadki wyleczone (3 lata, 16 miesięcy i 14 miesięcy). *Brüning* podaje trzy przypadki całkowicie wyleczone od 5 lat *Helling* — 1 przypadek wyleczony od 4 lat. *Kümmell* przedstawił w 1922 roku na Zjeździe Medycyny w Lipsku chorą cierpiącą od 12 lat, następnie operowaną i wyleczoną (od 4 lat).

Zdarzają się jednak i nawroty pooperacyjne, wywołane przeważnie przyczynami natury emocjonalnej lub klimatycznej. *Brünning* podaje bardzo charakterystyczne spostrzeżenie, dotyczące jednej z jego chorych, która została wyleczona operacyjnie i po trzech latach wybrała się w podróż na Filipiny. W drodze przez morze Czerwone i okolice podzwrotnikowe, w czasie której musiała pracować fizycznie pomimo szalonych upałów, zaczęła odczuwać napady w dawnej postaci. Kiedy przybyła na Filipiny, do klimatu umiarkowanego, bóle uspokoiły się. A więc operacja powróciła zdrowie tej chorej, ale tylko w naszych warunkach klimatycznych, gdyż w warunkach niezwykle wysokiej temperatury działanie jej okazało się niewystarczające. Jest to zupełnie zrozumiałe.

W przypadku nawrotu zaleca się powtórne wykonanie sympaticektomji, w miejscu poprzedniej operacji, lub powyżej.

Czy należy uważać sympaticektomję okołotętniczą za zabieg idealny i ostateczny w chorobie Raynaud? Sądzę, że nie. Zawarte w nerwach współczulnych włókna naczynioruchowe są tutaj tylko czynnikiem przewodzenia do obwodu pewnych nieprawidłowych stanów, których punkt wyjścia jest gdzieindziej i zresztą jest narazie zupełnie nieznany. Być może są niemi nadnercza. Ale jest to tylko przypuszczenie. Wykonałem w jednym przypadku wycięcie nadnercza; napady chorobowe ustąpiły całkowicie, ale nie uważałem, żebym osiągnął wynik lepszy niż ten, jaki się osiąga zapomocą sympaticektomji okołotętniczej, operacji prostej, łatwej, mało obrażającej, która umożliwia przytem zbadanie odpowiedniej tętnicy.

Streszczając się, mogę powiedzieć, że przy obecnym stanie wiedzy za zabieg najlepszy i całkowicie wystarczający w chorobie Raynaud uważam sympaticektomję okołotętniczą.

Na zakończenie wspomnę jeszcze pokrótce o *chorobach kostno-stawowych pochodzenia naczynioruchowego* i ich leczeniu.

Stanowią one najnowszy dział w chirurgji układu współczulnego. Dziwnem się wydaje, pozornie, mówić o chorobach kości pochodzenia naczynioruchowego, gdyż przywykliśmy uważać kość za najbardziej stały i trwały składnik ustroju naszego; w rzeczywistości kość, jako skład soli mineralnych (przeważnie wapniowych) w ustroju jest nadzwyczaj niestała, gdyż zawartość w niej tych soli zwiększa się, lub zmniejsza, zależnie od zapotrzebowania ustroju i zmian w krążeniu tętniczem

wewnątrz kości W miarę przekrwienia czynnego kość ulega rozrzedzeniu, przy zmniejszeniu się ukrwienia — kość zagęszcza się. Wypłókane z kości sole wapniowe pozostają na miejscu, w najbliższem jej otoczeniu, a zawartość wapnia we krwi pozostaje stale na tym samym poziomie — 10,33 mg na 100 cm^3 surowicy.

Można wywołać doświadczalnie rozrzedzenie kości, powodując przekrwienie czynne zapomocą sympaticektomji okołotętniczej i przecięcia korzonków łączących (rami communicantes). W patologji spotykamy się bardzo często z tego rodzaju rozrzedzeniem kości; bywa nieraz i tak, że jedna i ta sama kość ulega w jednem miejscu rozrzedzeniu, w innem — nadbudowie od obwodu ze znacznem powiększeniem jej objętości. *Policard* i ja wykazaliśmy w ostatnich latach, że niema osteogenezy bez uprzedniego rozrzedzenia kości, zwłaszcza jeśli chodzi o gojenie się złamań. Rozrzedzenie kości na tle przekrwienia czynnego jest w ustroju zjawiskiem banalnem.

Badając zapomocą oscyllometru krążenie w kończynach, przekonywujemy się na każdym kroku, że wszelki uraz wywołuje tu odczyn naczynioruchowy, który ostatecznie wyraża się przekrwieniem czynnem. Każdy laik wie o tem, że wszelkie zadrapania, skaleczenia, stłuczenia powodują miejscowe podwyższenie ciepłoty. Owo rozszerzenie naczyń nie trwa zwykle dłużej ponad kilka godzin, rzadziej dni. Jednakże, w pewnych przypadkach — być może chodzi tu o specjalną wrażliwość naczynioruchową danych osobników — rozszerzenie naczyń miejscowe utrzymuje się przez czas dłuższy, podwyższenie miejscowe ciepłoty i nasilenie się wahań oscylometrycznych utrzymują się tygodniami.

Fakt ten spostrzegałem stale w czasie wojny i w 1923 roku ogłosiłem odpowiednie krzywe oscyllometryczne. *Delrez* (Leodjum) spostrzegał to samo, a *Albert* przeprowadził odpowiednie badania doświadczalne (1924). *Fontaine i Miloyevitch* wykonali odnośne doświadczenia na psach w zszłym roku.

Streszczając się, twierdzę, że wszelki uraz odbija się przedewszystkiem na miejscowym stanie naczyń krwionośnych: wywołuje zawsze czynne rozszerzenie naczyń, które utrzymuje się w warunkach prawidłowych kilka dni, a w chorobowych i kilka miesięcy.

Następujące spostrzeżenia kliniczne oświetlą lepiej te dane teoretyczne.

Mężczyzna 25-letni zgłosił się do mego zakładu w trzy miesiące po stłuczeniu kolana prawego wskutek upadnięcia; w ciągu 10 dni po wypadku jeszcze pracował, potem wystąpiło stopniowe ograniczenie ruchów i znaczne obrzmienie kolana. Przedmiotowo stwierdziłem puchlinę stawu — płyn cytrynowo-żółty, nie zawierający składników morfotycznych, zupełnie jałowy (szczepienie świnkom morskim dało wynik ujemny), a rentgenologicznie — zatokowate rozrzedzenie nasady kości udowej. Choremu temu wykonałem operację wycięcia częściowego błony maziowej stawu. Chory opuścił szpital po trzech tygodniach, zagojony bez powikłań, a badanie drobnowidzowe maziówki wykazało: stan zapalny jałowy, bujanie kosmkowe warstwy wewnętrznej, skupienia komórek plazmatycznych etc.

A oto inny przykład.

Pewien rolnik, trzasnąwszy z bicza, uczuł silny ból w okolicy barku, pracował jeszcze w ciągu 8 — 10 dni, potem zaczął odczuwać ograniczenie ruchów i tępy ból w okolicy stawu barkowego. Badając go w trzy miesiące od wypadku, stwierdziłem znaczne ograniczenie ruchów w stawie barkowym i — rentgenologicznie — wyraźne odwapnienie zatokowate głowy kości ramieniowej i częściowo panewki. W czasie operacji otwarcia stawu stwierdziłem zgrubienie kosmkowe i znaczne unaczynienie torebki stawowej; rozrzedzenie i ubytki chrząstki stawowej, odwarstwionej od kości; poszczególne tkanki wzięto do badania drobnowidzowego i ranę zaszyto doszczętnie. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Bóle ustąpiły, ale czynność stawu nie uległa żadnej poprawie. Badadanie drobnowidzowe skrawków wykazało: stan zapalny maziówki jałowy, ze znacznym przerostem naczyń i skupieniami komórek plazmatycznych, rozrzedzenie kości, przekształcenie chrząstki szklistej we włóknistą i. t. d.

Podobnych przykładów mógłbym wyliczyć cały szereg. Ale i te dwa pokazują wyraźnie, że uraz, zdawałoby się niewinny, który nie spowodował ani wylewu krwawego do stawu, ani złamania, był przyczyną puchliny stawu i jego prze-

wlekłego zapalenia,—na tle dość szczególnego stanu przekrwienia czynnego.

Jakaż jest patogeneza tego zjawiska?

Sądzę, że wyżej przytoczone dane teoretyczne tłomaczą je zupełnie dostatecznie. Uraz wywołał czynne rozszerzenie naczyń krwionośnych. Przekrwienie to, zgodnie z podstawowemi prawami fizjopatologji kości, wywołało jej rozrzedzenie (osteoporosis), sprowadzając jednocześnie jałowe zapalenie maziówki.

A więc puchlina pourazowa stawu i jego stan zapalny są tutaj następstwem czynnego przekrwienia pourazowego. Są to schorzenia kostnostawowe pochodzenia naczynioruchowego, czego dowodzi do pewnego stopnia skuteczność ich leczenia zapomocą sympaticektomji. A oto przykłady tego.

Mężczyzna 46-letni został uderzony w okolicę barku kawałkiem ołowiu, który spadł z większej wysokości; po kilku dniach zaczął odczuwać w tem miejscu bóle i wystąpiło ograniczenie ruchów, wkrótce zmuszony był do przerwania swej pracy zawodowej. Po 2 miesiącach — zupełna niemożność poruszania w stawie barkowym, rentgenologicznie — widać odwapnienie nasady kości ramieniowej, bez śladów złamania. Po upływie następnych dwu miesięcy — pogorszenie w dalszym ciągu, klinicznie i rentgenologicznie. W październiku 1927 roku wykonałem u tego chorego sympaticektomję okołotętniczą tętnicy podobojczykowej i nacięcie torebki stawowej w celach wywiadowczych — stwierdziłem przy tem stan zapalny maziówki i rozrzedzenie końców stawowych (jak w przypadkach poprzednich). Tegoż samego wieczoru jeszcze bóle ustąpiły zupełnie, po paru dniach chory zaczął poruszać ramieniem, po 12 dniach opuścił Klinikę, uważając się za wyleczonego i zdolnego do podjęcia swej pracy zawodowej. Badając go w końcu grudnia, stwierdziłem zupełny powrót stawu chorego, do czynności prawidłowej. Badanie histologiczne skrawków, wyciętych w czasie operacji, wykazało takie same zmiany, jak w przypadkach wyżej opisanych.

Spostrzeżeń podobnych mógłbym przytoczyć długi szereg, o niektórych z nich mówiłem na ostatnim Zjeździe Chirurgów. Jestem w posiadaniu serji obrazów rentgenologicznych, wykazujących wpływ sympaticektomji na przebieg rozrzedzenia kości pourazowego, w którem anatomicznie i czynnościowo osiągnięto wyniki, o jakich nawet nie marzyłem uprzednio.

Przypadki, o których mówiłem powyżej, są to przypadki banalne, spotykane na każdym kroku; nieleczone właściwie— ulegają po latach samoistnemu wygojeniu, ale z pozostawieniem znacznych zniekształceń kostno-stawowych (arthritis deformans), których możnaby było uniknąć w wielu przypadkach przez wykonanie w swoim czasie chorym takim sympaticektomji.

Jak widać z tego, co powiedziałem o chirurgji nerwu współczulnego, ów dział chirurgji ma już za sobą bogaty dorobek, który może posłużyć za wytyczną kierunku, w jakim powinny pójść nasze dalsze prace i badania.

Nasze całe życie somatyczne znajduje się pod ciągłym wpływem nieprzerwanej gry naczynioruchowej, której znaczenie w powstawaniu wielu chorób jest niewątpliwe, jakkolwiek jeszcze tak mało znane. Być może z czasem uda się leczyć zapomocą zabiegów na układzie współczulnym choroby, o jakich się teraz nawet nie przypuszcza. Należy mieć nadzieję, że powstanie w przyszłości chirurgja układu współczulnego o zakresie znacznie większym, niż obecnie, będzie to chirurgja fizjologiczna i wybitnie zachowawcza, dążąca do wyrównania zaburzonej czynności narządów za pomocą wywoływania odczynów krańcowo przeciwległych tym, które spowodowały schorzenie, chirurgja, której hasłem będzie jaknajmniejsze uszkodzenie anatomiczne. Pierwsze kroki już zrobiono. Zobaczymy, co przyszłość pokaże.

DR. ADAM CIĄGLIŃSKI.

W sprawie artykułu „Seroprofilaktyka chorób zakaźnych“.

Zajęcia ostatnich tygodni sprawiły, że dopiero w tych dniach mogłem się zapoznać z treścią bardzo interesującego artykułu p. D-r. H. Sparrow pod tytułem: Seroprofilaktyka chorób zakaźnych. (Referat, wygłoszony w Wydziale Zdrowia na posiedzeniu lekarzy sanitarnych). Wiedza Lekarska Nr. 2, 1929 r.

Mnie osobiście zainteresowały dane statystyczne, odnoszące się do choroby tak nierzadkiej, jaką jest odra.

Autorka przytacza, że 95% ludzi przechodzi odrę w dzieciństwie, że na 100 chorych umiera 6 — 7%, a ponieważ choruje 95% ludzi, więc ogólne liczby zgonów z powodu odry są wysokie.

W wielu państwach, mówi dalej autorka, liczby zgonów wskutek odry są wyższe, niż wskutek błonicy i płonicy, najgroźniejszych chorób zakaźnych wieku dziecięcego. Tak bywa w rzeczy samej w niektórych państwach na Zachodzie, skąd autorka czerpie przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, swe dane.

Tak np. w sprawozdaniu *Bertillona* o umieralności na pewne choroby w Paryżu w ciągu pięciolecia 1901—1905 znajdujemy następujące liczby zgonów (absolutne):

Odra spowodowała w tym okresie czasu 2676 zgonów, szkarlatyna 503, ospa 709, a czerwonka 63. Tu jednak trzeba zauważyć, że szkarlatyna we Francji zalicza się do chorób łagodnych i rodzicom często dogodniej bywa, by dzieci ich odbyły swą powinność szkarlatynową jednocześnie, jak to się u nas często zdarzało z odrą. Szkoda, że autorka nie przytoczyła odnośnych danych z ziem polskich. Twierdzi nawet, że danych statystycznych (tyczących się odry) dla Polski nie posiadamy. Otóż to ostatnie zdanie nie wydaje mi się słuszne.

Autorka, ogłaszająca swój referat w miesięczniku, poświęconym przeglądowi francuskiego piśmiennictwa lekarskiego, z łatwością mogłaby znaleźć interesujące ją dane choćby w wydawnictwach Sekcji Higjeny Ligi Narodów:

Dane miesięczne: w Rapport épidémiologique mensuel, a roczne: za lata 1919—1925 w Renseignements épidémiologiques, a od r. 1926: w Rapport Epidémiologique pour l'année 1926 i 1927.

Nieco bliżej mogłaby znaleźć półroczne zestawienia w kronice epidemjologicznej wydawanej przez Szkołę Higjeny przy zeszytach Medycyny Doświadczalnej i Społecznej, wreszcie tygodniowe wykazy zachorowań i zgonów na choroby zakaźne z podziałem na województwa drukuje Monitor Polski, jako Biuletyn Oficjalny Polski.

Dla osób, pracujących w Warszawie, korzystanie z tych ostatnich danych nie przedstawia zbyt wielkich trudności. W każdym razie trudno jest wobec wymienionych źródeł twierdzić, że „danych statystycznych dla Polski nie posiadamy“. Owszem, posiadamy. I dane te nam mówią, że w ciągu dziesięciolecia (1919—1928) przypadków zachorowań na odrę było 284,687, w tem 7,325 śmiertelnych, a przypadków zachorowań na płonicę w tymże dziesięcioletnim okresie czasu (1919—1928) było 225,603, w tem 23,403 śmiertelnych.

Przeciętna śmiertelność na odrę w dziesięcioleciu wynosiła 2,57%, a na płonicę 11,16%. Wykaz zachorowań i zgonów na odrę w poszczególnych latach załączam.

Lata	Przeciętna cyfra zaludnienia ziem, które w danym roku nadsyłały zawiadomienia o zachorowaniach i zgonach*)	ODRA				
		Zachorowania	Zgony	Zapadalność $^0/_{0000}$	Śmiertelność $^0/_0$	Umieralność $^0/_{0000}$
1919	18.578.624	6.933	464	37.31	6.69	2.49
1920	20 677.829	10.831	405	52.37	3.73	1.95
1921	23.160.732	23.143	782	99.92	3.37	3.37
1922	26.229.321	23.830	792	90.85	3.32	3 01
1923	26.841.711	22.159	689	82.55	3.10	2.56
1924	26.841.711	10 154	166	37.82	1.63	0.61
1925	26.865.811	50.928	1.112	189.56	2.18	4.13
1926	26.865.811	65.614	1.522	244.22	2.31	5.66
1927	26.858.192	34.041	901	126.74	2.64	3.35
1928	26 858.192	37.054	492	137.96	1 32	1.83
		284.687	7.325		2 57%	

*) Ponieważ w pierwszych latach dane o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne napływały z terenów, których zaludnienie w ciągu samego roku sprawozdawczego ulegało zwiększeniu, bądź to wskutek przyłączenia nowych ziem, bądź też wskutek obejmowania nowoprzyłączonych zien w administrację przez urzędy zdrowia, okazało się koniecznem dla możności dokładniejszego określenia cyfr zapadalności i umieralności ustalać przeciętną liczbę ludności w poszczególnych latach drogą odnośnych wyliczań.

I tak np. zaludnienie terenów, w których nadsyłano dane o zachorowaniach i zgonach w roku 1919 wynosiło:

w miesiącach	I — V	15.925.644
	VI	19.248.202
	VII — XII	20.677.829

co daje obliczone podług wzoru:

$$\frac{5 \times 15.925.664 + 19.248.202 + 6 \times 20.677.829}{12} = 18.578.624$$

i tę cyfrę przyjęto za podstawę przy obliczaniu zapadalności i umieralności w r. 1919.

Drobne różnice w latach następnych wprowadzono zgodnie z danemi odnośnych Roczników Statystyki Polskiej.

DOC. DR. H. SPARROW.

Odpowiedź na pismo Pana Doktora Adama Ciąglińskiego, w sprawie artykułu „Seroprofilaktyka chorób zakaźnych".

Zadaniem mojem w artykule „Seroprofilaktyka chorób zakaźnych" nie było opracowywanie danych statystycznych w sprawie odry. Podałam tylko kilka liczb jedynie dla zilustrowania celowości seroprofilaktyki odry. Liczby te czerpałam z literatury klasycznej zachodnio europejskiej, przeważnie z podręczników chorób dziecięcych.

Rzeczą wiadomą jest, że płonica na Zachodzie jest chorobą mniej niebezpieczną, niż u nas; nie wynika ztąd jednak, aby stosunek co do odry był odwrotny. Odra w naszym kraju jest chorobą tak samo niebezpieczną, jak na Zachodzie i o tem dobrze wiedzą nasi pedjatrzy, którzy tak często korzystają z surowicy przeciwodrowej. Przyznaję, iż wyrażenie moje: „danych statystycznych dla Polski nie posiadamy" nie było słuszne. Jednak twierdzę, że, o ile nie zechcemy zbytnio oddalić się od rzeczywistości, nie możemy opierać się na liczbach statystycznych zebranych w kraju i podanych przez Wielce Szanownego Doktora A. Ciąglińskiego.

Z liczb tych wynika, że w ciągu dziesięciolecia 1919—28 r. w całym kraju na 26 miljonów ludności na płonicę zachorowało 225.603 osoby, a na odrę 284.687, czyli zaledwie o 60 tysięcy więcej. Wiadomą jest rzeczą, że wrażliwość na odrę jest powszechna i że choroba udziela się bardzo łatwo tak, iż jedno dziecko chore w rodzinie, w przytułkach, domach wychowawczych, na salach szpitalnych, w szkołach i t. p. odrazu zaraża w otoczeniu wszystkie dzieci, które odry jeszcze nie przechodziły, wówczas gdy płonica udziela się zaledwie niektórym jednostkom wrażliwym z najbliższego otoczenia. W wyniku: odrę przechodzą prawie wszystkie dzieci, a płonicę zaledwie pewien odsetek.

Liczby zgłoszonych i zarejestrowanych przypadków płonicy odpowiadają rzeczywistości tylko w większych miastach. Podczas akcji szczepień przeciwpłoniczych, dokonywanych w różnych częściach kraju, niejednokrotnie mogliśmy się osobiście przekonać (wspólnie z Naczelnikiem Doktorem Palestrą), że liczby zgłoszonych zachorowań i zgonów na płonicę są wielokrotnie niższe, niż rzeczywiste. Fakt taki miał miejsce nawet w miasteczkach pomorskich, gdzie poziom kulturalny ludności jest wyższy, gdzie lekarzy jest znacznie więcej, niż w innych częściach kraju, a zgłaszanie chorób zakaźnych obowiązuje od dawien dawna.

Co się tyczy odry, to nawet większe miasta nie mogą nam dać właściwych liczb. Ogół ludności traktuje tę chorobę jako zjawisko powszednie. W licznych mniej kulturalnych rodzinach lekarza do dziecka chorego na odrę nie wzywają wcale. O pomoc lekarską zwracają się dopiero wtedy, gdy odra minęła, a rozwijają się ciężkie powikłania, które często bywają śmiertelne. Ponieważ zgon następuje najczęściej w skutek zapalenia płuc, to jako przyczynę zgonu, zarówno rodzice jak i lekarze podają zapalenie płuc, nie wspominając o odrze.

SPROSTOWANIE.

W artykule *D-ra Z. Góreckiego* p.t. Kwas moczowy w moczu a skaza dnawa i kamica moczanowa, drukowanym w *„Wiedzy lekarskiej"* nr. 3 1929, należy sprostować następujące błędy;

				Jest	*Powinno być*
str. 69,	kolumna II	wiersz 26	od dołu:	„żelu"	„solu"
„ 70	„ II	„ 12	od góry:	(białkowych)	(nie białkowych!)
„ 71	„ II	„ 1	od dołu:	ograniczonego	organicznego

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Przypadek agranulocytozy wywołany arsenobenzolem. (Sur u cas d'agranulocytose postarsénobenzolique). A. Jacquelin, J. Célice i Langlois. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 1. r. 1929.*

Jak wiadomo w roku 1922 *Schulz* opisał nową postać choroby krwi pod nazwą: angina agranulocytica, która występuje nagle, bez wyraźnej przyczyny i charakteryzuje się anginą o cechach martwiczych, we krwi zaś przy prawidłowej obecności ciałek czerwonych i bez zaburzeń krzepliwości krwi wykazać można wyraźne obniżenie sie ilości leukocytów ziarnistych. Od czasu pojawienia się pracy *Schulza* opisano pod tą nazwą cały szereg przypadków, z których niektóre wykazują jednak wyraźne odchylenia od klasycznego obrazu angina agranulocytica. Do tego rodzaju spostrzeżeń należą też opisy niedokrewności aplastycznej, wywołanej przez arsenbenzole, w ktorej można stwierdzić zaburzenia w obrazie krwi dotyczące nie tylko zmniejszenia się leukocytów wielojądrzastych, ale także i krwinek, jako też zaburzenia w krzepliwości, które tłumaczą pojawienie się nieraz bardzo obfitych krwotoków. Natomiast w tych opisach rzuca się w oczy brak jakichkolwiek zmian w gardle. Arsenobenzole jednak mogą wywoływać typowe dla agranulocytozy zmiany nawet wówczas, gdy zarówno ilość jak i sposób zastosowania tego przetworu nie odbiega zupełnie od norm i prawideł stosowanych w leczeniu kiły.

Autorowie podają następującą historję choroby: Chory lat 23 zgłasza się do kliniki z objawami daleko posuniętej niedokrewności z anginą, której towarzyszy znaczna gorączka. Choroba rozpoczęła się przed trzema tygodniami bólami gardła, lekkimi dreszczami, bezsennością, bolami głowy i nocnymi potami, poczem ten stan po ośmiu dniach znacznie się pogorszył. Połykanie pokarmów stało się bardzo utrudnione, wystąpiły bardzo nieznaczne wybroczyny krwawe na śluzówce jamy ustnej przy braku jakichkolwiek innych objawów krwotocznych. W chwili przyjęcia do kliniki stwierdzono znaczną bladość, ciężki stan ogólny z podnieceniem, ciepłota 40,5°, tętno 120. Chory zupełnie nie mógł przyjmować pokarmów, migdałki i gardziel przedstawiały obraz podobny do błonicy złośliwej, lub też do anginy w przebiegu ostrej białaczki. Podkreślić należy jednak, że sąsiednie gruczoły nie były tak zmienione, jak się to zazwyczaj spotyka we wspomnianych chorobach. Dziąsła były obrzękłe i krwawiły. Poza tem nie można było stwierdzić żadnych krwotoków oprócz bardzo nielicznych wybroczyn (około 12). Wątroba powiększona na trzy palce, śledziona lekko macalna. Zresztą ani badanie fizykalne, ani badanie moczu nie wykazało żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Naloty z gardła wykazały obecność streptokoka, bardzo liczne krętki i prątki wrzecionowate. Posiew wykazał obecność stafilokoka przy braku prątków błoniczych. Badanie krwi wykazuje: ciałek czerwonych 1.400.000, ciałek białych 1600 w tem wielojądrzastych obojętnochłonnych 15%, mononuklearów 7%, średnich mononuklearów 25%, limfocytów 50%, komórek pierwotnych 2%, czas krzepnienia 5 minut przy braku kurczliwości skrzepu, czas krwawienia 9 minut. Powoli stan chorego pogarszał się bardziej, ilość ciałek białych spadła do 400 w 1 mm. sz., w tem komórek wielojądrzastych obojętnochłonnych 10%. Po tygodniu chory zmarł, przyczem sekcja wykazała zmiany, względnie niedaleko posunięte, zwyrodnienia tłuszczowego w wątrobie, nieco przekrwioną śledzionę, szpik kostny żeber i mostka wykazywał obecność komórek mononuklearnych.

Charakterystyczne jest to, że ten chory nie cierpiał zupełnie w dzieciństwie na żadne schorzenia krwi. Przed swą ostatnią chorobą zaraził się kiłą (przed 5-iu miesiącami). Wrzód pierwotny leczony był nowarsenobenzolem (7 wstrzyknięć, z których 5 ostatnich wynosiło 0.90 nowarsenobenzolu). W tydzień po zakończeniu tej kuracji chory dostał gorączki, przyczem stwierdzono angina Vincenta, w ośm dni później rozpoczęto nową serję wstrzykiwań nowarsenobenzolu (dawka 0,45) czwarte wstrzyknięcie wynosiło 0.90 arsenobenzolu, po którem w trzy minuty później chory zaczął wymiotować, przyczem pojawił się obrzęk na rękach i wargach. Dawkę arsenobenzolu obniżono do 0.75. Podczas tego leczenia objawy anginy, które wystąpiły po ukończeniu pierwszej kuracji, zaczęły się powiększać i zmusiły chorego do zgłoszenia się do kliniki.

Należy podkreślić, że pierwszym objawem spostrzeganego zespołu była angina przypominająca błonicę tak, że dopiero badanie mikroskopowe nalotu sprawę wyjaśniło. Autorowie podkreślają, że tego rodzaju angina w przebiegu niedokrewności wywołanej arsenobenzolem opisana była tylko pięć razy. Należy też podkreślić znaczną leukopenję, która dotyczyła przedewszystkiem leukocytów wielojądrzastych. Objawy krwotoczne były ledwo zaznaczone. Spostrzegany przypadek, aczkolwiek różnił się od obrazu typowej angina agranulocytica (wybroczyny, niedokrewność) to jednak był do niej bardzo zbliżony. Dziwnem się może wydawać, że w nalotach z gardzieli stwierdza się obecność znacznej ilości krętków, podczas gdy ustrój chorego jest wprost nasycony krętkobójczem połączeniem arsenu. Autorowie wyrażają przypuszczenie, że istnieją ustroje szczególnie wrażliwe na jad, jaki przedstawiają połączenia arsenobenzolowe. Wiadomem jest, że arsenobenzol wywiera wpływ przedewszystkiem na wątrobę i śledzionę, należy zatem przypuszczać, że ustrój chorego traci zdolność obronną zarówno ze strony wątroby, jak i ze strony szpiku kostnego, tak że zakażenie ustroju w tym okresie postępuje szybko naprzód i doprowadza do śmierci. Powyższe zagadnienie posiada ogromne znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz i praktyczne gdyż zdaje się nie ulegać wątpliwości, że angina, która u chorego opisanego pojawiła się była ostrzeżeniem przeciwko stosowa-

niu arsenobenzolu. W takich przypadkach leczenie przeciwkiłowe prowadzić należy zapomocą stosowania rtęci lub bizmutu.

Wpływ boru wzmagający działanie insuliny. (L'action hypoglycémiante combinée du bore et de l'insuline). Loeper, Ravier i Tonnet. *Soc Méd. des Hopit. Nr, 2. r. 1929.*

Autorowie stwierdzili, że zarówno boran sodu, jak i aminowe połączenie boru posiada zdolność obniżania cukru we krwi, przyczem to obniżenie jest wybitniejsze u cukrzycowych aniżeli u zdrowych. Powyższy wpływ boru nie jest jednak stały. Bor wprowadzano w ilości 0.45 do 0.90 gr boranu sodu w 10-ciu lub 20-tu ccm. wody dożylnie, lub 2 do 3 gr. w przeciągu 24 godzin doustnie. W niniejszej pracy autorowie stosowali leczenie borem łącznie z insuliną u 4 chorych cukrzycowych. Wyniki uzyskane były następujące: u 2 chorych podawanie boru zwiększyło działanie insuliny, u jednego chorego pozostało bez skutku i u jednego chorego działanie obu tych środków razem było słabsze, niż każdego z nich osobna. Działanie boru można wytłumaczyć jego wpływem na wątrobę i na ośrodki nerwowe, regulujące zawartość cukru we krwi. Niewiadomem jest, czy bor wpływa na śledzione, podobnie jak wykazano w badaniach nad niklem i kobaltem.

O oxalemji. (Les grandes oxalémies). Loeper i Tonnet. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr, 2 r. 1929.*

Autorowie przypominają, że badania nad zawartością kwasu szczawiowego we krwi były modne swego czasu, rychło jednak uległy zapomnieniu. Autorom wydaje się to niesłuszne, jeśli bowiem nadmiar kwasu szczawiowego we krwi nie jest jeszcze chorobą, to jednak znaczna oxalemja charakteryzuje się ściśle określonemi zmianami, które powinny być dokładniej zbadane i, co za tem idzie, odpowiednio leczone. Obraz chorobowy, wywołany przez kwas szczawiowy, w analogji do obrazu wywołanego przez kwas moczowy, nazwać można „dną szczawiową". Ta dna jednak w przeciwieństwie do dny moczanowej łączy się z objawami hypotensji, astenji, niedokrewności, niekiedy krwiotoczności, a zawsze neuralgji, która wywołuje napady bólu w narządach jamy brzusznej podobnie, jak wiąd rdzenia; oxalemia wywołuje też migreny i dychawicę, podobnie jak anafilaksja. Nie trzeba też dodawać, jaką rolę odgrywa kwas szczawiowy w powstawaniu kamicy. Widuje się także w oxalemji złogi szczawianów wapnia, (które z czasem przechodzą w weglany wapnia) łącznie z fosforanami, moczanami, cholesteryną.

Dla stwierdzenia stanu chorobowego wywołanego zwiększoną ilością kwasu szczawiowego w ustroju należy się uciec do oznaczania ilościowego kwasu szczawiowego we krwi, gdyż badania ilościowe przeprowadzone w moczu nie dają istotnego obrazu zmian w czynności ustroju, podobnie jak się rzecz ma z badaniami ilościowemi kwasu moczowego w moczu. Istnieje oxalemja zewnątrzpochodna i wewnątrzpochodna. Zwiększenie ilości zewnątrzpochodnego kwasu szczawiowego wywołane jest wprowadzeniem zbytniej jego ilości do ustroju. Niezależnie jednak od tego istnieje zaburzenie przemiany materji ustroju, w którem udział bierze przedewszystkiem wątroba, a które doprowadza do zwiększenia się ilości kwasu szczawiowego w moczu. Zależnie od metod badania, (które są dość zawiłe i niecałkowicie wolne od zarzutów), jako prawidłową ilość kwasu szczawiowego we krwi uważać należy według *Loeper'a i Tonnet'a* 1 ctgr pro mille, według *Guillaumin*: 2 mlgr pro mille. W niniejszej pracy autorowie omawiają wyniki uzyskane w 50-ciu przypadkach znacznej oxalemji. Z tych 9 przypadków wykazywało 6 do 10 ctgr pro mille, 5 wykazywało 10 ctgr. pro mille, 1 wykazywał 30 ctgr. pro mille, 1 zaś 57 ctgr, pro mille. Ten ostątni przypadek porównać można tylko co do wysokości z przypadkiem opisanym przez *Khoury'ego*.

Jak to wyżej wspomniano, chorzy ci wykazują ogólne podrażnienie nerwowe, skarżą się na bóle w jamie brzusznej lub w stawach oraz na ślinotok. Stan ich pogarsza się lub polepsza od wahań ilości kwasu szczawiowego we krwi. Szczególnie szkodliwe okazały się dla tych chorych pewne pokarmy, jak rumbarbarum, czekolada i kakao, które wzmagają ilość kwasu szczawiowego we krwi. W jednym z cięższych przypadków stwierdzono znaczną niedokrewność, krwotoki jelitowe, żołądkowe, podobnie jak we wrzodzie żołądka. W innych przypadkach można było stwierdzić trudności w oddawaniu moczu z powodu obecności kamieni w gruczole krokowym.

Zwiększenie się ilości kwasu szczawiowego we krwi wywołane jest zdaniem autorów nie tylko zaburzeniem w przemianie materji, ale także i zaburzeniami jelitowemi. Okazuje się bowiem, że kwas szczawiowy wytwarza się w znacznej ilości w jelitach wskutek fermentacji niektórych pokarmów pod wpływem drobnoustrojów, do których należy zaliczyć przedewszystkiem aspergillus, bacterium Rouxi, bacillus diabeticus, a nawet bacillus coli. Do pokarmów, które mogą służyć za materjał twórczy dla powstawania kwasu szczawiowego zaliczyć należy także i cukier. O roli wątroby wspomniano już wyżej. Tu trzeba podkreślić, że być może alkaloza krwi sprzyja zwiększeniu się kwasu szczawiowego we krwi, jak i innych kwasów organicznych (*Goiffon*), Wreszcie zdolność wydzielnicza nerek gra też niewątpliwie dużą rolę. Kwas szczawiowy zostaje zniszczony przez tkanki, nie tylko przez wątrobę, dalsza jego przemiana nie jest jednak znaną. Kwas szczawiowy posiada też zdolność osadzania się w ośrodkach nerwowych, wpływa odwapniająco na kości, obniża ciśnienie krwi tętniczej i wywołuje zaburzenia w czynności serca, wreszcie wykrystalizowuje w okolicy stawów, w jelicie, w nerkach i w gruczole krokowym.

Wskazania lecznicze są następujące: należy zmniejszyć dowóz kwasu szczawiowego, fermentacje jelitowe i zasadowość krwi, należy zwiększyć jego spalanie, ułatwić wydzielanie i rozpuszczanie się osadów. Istnieje pięć zasadniczych środków leczniczych; 1, magnezja z wapniem, które wyjaławiają jelita, strącają kwas szczawiowy jako szczawian wapnia i utrudniają jego resorpcje. 2. chlorek lub siarczan magnezu, które ułatwiają rozpuszczalność szczawianów i podrażniają czynność wątroby. 3. kwas fosforowy, który zmniejsza zasadowość krwi i przeciwstawia się stratom szczawianów w tkankach i nerkach. 4. teobromina, która zwieksza wydzielniczość nerek i 5. wstrzykiwania podfosforynów i glycerofosforanów sodu i magnezu lub też fosforu, któreto wstrzykiwania wpływają korzystnie pośrednio lub bezpośrednio na mineralizację ustroju.

Metoda Whipple'a w leczeniu niedokrewności z azotemją. (La méthode de Whipple dans les anémies avec azotemie.) C. Lian i V. Heiman. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 2. r. 1929.*

Metoda *Whipple'a*, stosowana początkowo tylko jako środek swoisty przeciwko niedokrewności złośliwej nieznanego pochodzenia, znalazła niebawem zastosowanie we wszystkich innych niedokrewnościach wtórnych, z wyjątkiem tylko niedokrewności u osobników z azotemją. Sądzono bowiem, że podawanie wątroby wołowej musi tu wpłynąć bardzo niekorzystnie przez zawartość znacznej ilości ciał azotowych. Autorowie podkreślają, jak bardzo trudne jest zadanie zwalczania niedokrewności w przebiegu chorób nerkowych z azotemją. Wobec czego autorowie rozpoczęli podawanie wątroby wołowej w pięciu przypadkach, z których jeden cierpiał na chorobę *Brighta* z azotemją ponad 1 gr. pro mille, dwuch cierpiało na nadciśnienie tętnicze z niedomogą lewej komory serca i dość lekką azotemją, dwuch wreszcie przedstawiało obraz ciężkiej niedokrwistości niewiadomego pochodzenia, przyczem u jednego z nich azotemja przekraczała 1 gr. pro mille.

U wszystkich tych chorych leczenie powyższe znacznie wzmogło ilość krwinek we krwi i to bez względu na przyczynę niedokrwistości: u wszystkich tych chorych ilość mocznika we krwi nie tylko nie podnosiła się, ale nawet znacznie się obniżyła. Wobec czego autorowie sądzą, że azotemja nieprzekraczająca znacznie 1 gr. pro mille nie jest przeciwskazaniem do stosowania metody *Whipple'a*, o ile współistniejąca niedokrewność wymaga tego leczenia. Chorych z azotemją poddaje się, jak wiadomo, naprzód ostrej djecie mało azotowej, skoro zaś otrzyma się obniżenie azotemji, wówczas prędzej czy później musimy przystąpić wreszcie do podawania pokarmów azotowych, by przeciwdziałać postępującej niedokrewności; wówczas to zamiast mięsa podawanie wątroby wydaje się najbardziej na miejscu. Autorowie nie przekraczali zazwyczaj ilości 150-ciu gr. wątroby wołowej na dzień (przyrządzonej w sposób przepisany[1]). O ile niedokrewność była lekkiego stopnia, podawano 125 gr. wątroby co drugi dzień. Autorowie nie stosowali powyższego leczenia u chorych ze znaczną azotemją, proponują jednak, by w takich przypadkach podawać preparaty zastępcze, sporządzone z wątroby. Wreszcie podkreślić należy konieczność częstego oznaczania azotu we krwi u chorych z azotemją, podczas leczenia zapomocą metody *Whippele'a*, aby uniknąć wszelkich, mogących wystąpić przy tem leczeniu, niepożądanych powikłań.

Farmakologja naparstnicy. (Où en est la pharmacologie de la digitale). E. Frommel. *Arch. des Malad. du Coeur des Vaiss. et du Sang. Nr. 1. r. 1929.*

Autor podaje tu streszczenie ostatnich prac (przeważnie *Cloetty*) nad ciałami czynnymi, wyodrębnionymi z naparstnicy (digitalis). Z tych ciał wyróżnić należy trzy glykozydy: digitoxyna, gitalina i bigitalina. Przez odszczepienie nieczynnego cukru powstają ciała t. zw. aglykony lub geniny a mianowicie: digitoxygenina, gitaligenina i bigitaligenina. Wszystkie te ciała posiadają zdolność zatrzymywania serca w czasie skurczu, przyczem trzeba zaznaczyć, że siła ich działania jest malejąca w porządku wymienienia powyżej tych ciał, to znaczy najsilniej działa digitoxyna, najsłabiej zaś bigitaligenina. Dalsze badania wykazały, że glykozydy wywołują zatrzymanie serca w sposób nieodwracalny, t. zn. w doświadczeniu nad wyodrębnionem preparatem serca żaby raz powstałe zatrzymanie serca nie daje się znieść zapomocą wypłukania płynem *Ringera*. Natomiast geniny, wywołując podobne zatrzymanie serca w skurczu, nie utrwalają się na stałe we włóknach mięśnia sercowego tak, że po opłukaniu płynem *Ringera* serce nanowo zaczyna bić. Ta zdolność trwałego połączenia się glikozydów z włóknami mięśnia sercowego tłumaczy, jak się zdaje, objaw kumulacji, który jest obcy geninom. Zdaje się też, że geniny łatwiej są wydzielane przez ustrój, podobnie jak ciała zdolne do jonizacji.

Niezależnie od powyższych sześciu ciał, które się znajdują w naparze, uzyskanym z liści naparstnicy, znajdują się jeszcze dwie grupy ciał, dotychczas błędnie uważanych za nieczynne.

Do pierwszej grupy należą sole nieorganiczne, które w stosowaniu naparu z naparstnicy drogą doustną nie grają większej roli. Natomiast wprowadzenie tych soli razem z glykozydami do odosobnionego serca żaby zmienia nieodwracalne zatrzymanie serca w skurczu na zatrzymanie odwracalne przez przepłukanie płynem *Ringera*. Działanie tych soli osłabia zatem działanie glykozydów przy równoczesnem ich wprowadzeniu. Wprowadzenie samych soli wywołuje zatrzymanie serca, ale w rozkurczu.

Wreszcie ostatnią grupą ciał zawartych w naparze z naparstnicy są saponiny, których dodanie do roztworu glykozydów wzmaga działanie tych ostatnich, t. zn. zatrzymanie serca w skurczu powstaje jeszcze prędzej. Natomiast saponiny zdają się nie wywierać wpływu na działanie genin, w czem niema nic dziwnego, gdyż geniny jako ciała jonizujące odznaczają się łatwością dyffuzji.

Powyższe badania tłumaczą powikłania i nieraz niejednakowe działanie poszczególnych naparów z liści naparstnicy.

Rozpoznanie splenomegalji przewlekłej. (Diagnostic des splénomégalies chroniques). F. Trémoliéres. *Rev. de Méd Nr. 7. r. 1928.*

W warunkach prawidłowych śledziona leży między górnym brzegiem dziewiątego żebra a dolnym brzegiem dziesiątego żebra, nieco przed linją pachową środkową aż do linji łopatkowej. Jest ona niemacalna, nie zatrzymuje promieni Roentgena i dopiero w miarę powiększania się daje się powiększenie to stwierdzić naprzód wypukiem, a następnie także obmacywaniem. W wypadkach szczególnie wielkiego powiększenia dochodzić ona może poza linję środkową ciała i sięgać głęboko w dół jamy brzusznej. Przysłuchem można stwierdzić niekiedy nad powiększoną śledzioną szmer tarcia, wywołany zapaleniem otoczki śledzionowej. Niekiedy też daje się stwierdzić łagodny szmer skurczowy, wywołany bądź to w naczyniach śledziony, bądź też w naczyniach wiązadeł śledziony. Niektórzy autorowie w celach rozpoznawczych dokonywują nakłucia śledziony, co jest jednak rzeczą niebezpieczną.

[1]) Patrz streszczenia w poprzednich numerach „Wiedzy lekarskiej".

W rozpoznaniu różniczkowem powiększonej śledziony należy uwzględnić następujące guzy, nie stojące w żadnym związku z powiększeniem śledziony: 1) rak okrężnicy, który posiada jednak kształt nieregularny, i któremu towarzyszą bądź to krwawe biegunki, bądź też zaparcia, wywołane zwężeniem okrężnicy. 2) powiększenie lewego płatu wątroby, które się wyróżnia dającą się wyraźnie stwierdzić łącznością z resztą wątroby. 3) guzy lewej nerki (rak, mięsak, wodonercze) tworzą masę zaokrągloną o wypuku często bębenkowym, pochodzącym z leżącej na tych guzach okrężnicy. 4) guzy i torbiele ogona trzustki. 5) guzy i torbiele wychodzące z macicy lub jajnika, łatwe do stwierdzenia zapomocą badania ginekologicznego, 6) wyjątkowo należy też myśleć o zimnych ropniach w gruźlicy kręgosłupa, o kostniomięsakach kręgosłupa i o guzach nadnerczy.

Ze stanowiska etjologicznego należy odróżnić powiększenia śledziony, którym towarzyszą jeszcze pewne inne zmiany w ustroju, ułatwiające rozpoznanie. Istnieją takie trzy zespoły: 1) zespół wątrobowośledzionowy, w którym obok powiększenia śledziony stwierdzamy żółtaczkę lub nagromadzenie się płynu w jamie brzusznej, 2) zespół powiększenia śledziony ze współczesnemi zmianami chorobowemi we krwi lub w gruczołach chłonnych, 3) odosobniony zespół śledzionowy.

Zespół wątrobowo-śledzionowy.

A. Powiększenie śledziony miernego stopnia i współistnienie płynu w jamie brzusznej spotykamy w całym szeregu schorzeń. Jeżeli wątroba jest mała, może tu chodzić o marskość wątroby typu Laennec'a; w etjologji spotykamy nadużycia alkoholu, gruźlicę lub kiłę. Jeżeli wątroba jest duża, chodzić może tu przedewszystkiem o przerostową marskość wątroby typu *Hanot*. Złośliwa marskość wątroby może przedstawiać rozmaite typy: cirrhosis hypertrophica diffusa *Gilbert'a* i *Garnier'a* (często gorączkowa): cirrhosis hypertrophica *Hutinel'a Sabourin'a* typu tłuszczowego, często związana z gruźlicą oraz cirrhosis powikłana z adenocarcinoma. Nadto istnieje jeszcze powikłanie marskości wątroby z powiększeniem śledziony i cukrzycą (*diabète bronze Hanot'a i Chauffard'a*). Współistnienie powiększenia śledziony i wątroby z cierpieniem serca tłumaczy się samo przez się. Wreszcie istnieje jeszcze postać, zwłaszcza u dzieci, cechująca się dużym brzuchem, sinicą, zapaleniem opłucnych, zrostami osierdzia, dużą wątrobą i śledzioną.

B. Duża śledziona z żółtaczką może być też pochodzenia rozmaitego. Przedewszystkiem obraz ten spotykamy w cirrhosis hypertrophica biliaris, następnie w cirrhosis calculosa, wreszcie może tu chodzić o icterus haemolyticus. Icterus haemolyticus istnieje w dwojakiej postaci: postać wrodzona, występująca rodzinnie, opisana przez *Chauffard'a* i postać nabyta, opisana przez *Widala'a, Abrami'ego i Brulé'go*. Cechą charakterystyczną obu tych postaci jest żółtaczka, w której spotyka się w moczu tylko urobilinę, bez bilirubiny i bez soli kwasów żółciowych. Stolce są prawidłowo zabarwione, we krwi można stwierdzić urobilinę, bilirubinę, niedokrewność i osłabioną odporność krwinek czerwonych.

C. Znaczne powiększenie śledziony może występować z powiększeniem wątroby bez żółtaczki i bez płynu w jamie brzusznej w pewnych postaciach niedomogi mięśnia sercowego. Tu należy wreszcie wspomnieć o skrobiawicy (amyloidosis).

Zespół śledzionowy ze współczesnemi chorobowemi zmianami we krwi lub w gruczołach.

A. Zespół gruczołowo-śledzionowy. Powiększenie śledziony z równoczesnem powiększeniem gruczołów spotykamy w białaczce typu limfatycznego. W tych przypadkach stwierdzamy we krwi powiększenie się ogólnej ilości ciałek białych z bardzo znaczną przewagą limfocytów. O ile ilość ciałek białych nie jest zbyt powiększona (10 do 40 tysięcy w 1 mm. sz.), wówczas mówimy o lymphadenia subleukaemica. O ile zaś obraz krwi jest mniej więcej prawidłowy, wtedy należy myśleć o lymphadenjach aleukemicznych: o chorobie *Hodgkin'a*. Lymphadenje z polynukleozą występują rzadko i wywołane są przez gruźlicę wielogruczołową.

B. Powiększenie śledziony i zmiany we krwi; a) o ile zmiany we krwi dotyczą tylko ciałek białych, w kierunku znacznego ich zwiększenia i pojawienia się postaci młodych (myelocyty, myeloblasty), wówczas chodzi o białaczkę szpikową. Białaczce szpikowej może też niekiedy towarzyszyć i niedokrewność; b) powiększenie śledziony z polyglobulią spotykamy w chorobie *Vaquez'a* (erytremia) lub też w pierwotnej gruźlicy śledziony, opisanej przez *Rendu* i *Widla'a*, która rzadko występuje u dorosłych, przeważnie tylko u dzieci. Powiększenie śledziony z niedokrewnością spotykamy w anaemia splenica infantum (w wieku od 6-ciu miesięcy do 2 lat; zaburzenia przewodu pokarmowego, objawy krzywicy, lub kiły dziedzicznej, gorączka, we krwi jądrzaste krwinki czerwone; śmierć w przeciągu 5-ciu do 6-ciu miesięcy), podobne objawy spotykamy też w zespole *Banti'ego* (pierwszy okres: splenomegalia sama; drugi okres: postępująca niedokrewność z dużą wątrobą i zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego; trzeci okres: cirrhosis atrophica i płyn w jamie brzusznej), jak i w anaemia splenica haemolytica, przebiegającej bez marskości wątroby. Wreszcie w chorobie *Gaucher'a* (splenomegalia powoli postępująca, pigmentacje rąk i twarzy, we krwi początkowo leukopenja, potem niedokrewność, później występują krwotoki prowadzące do śmierci).

Samoistny zespół śledzionowy.

Do tej grupy należą dobrotliwe i złośliwe guzy wątrobowe. Między guzy dobrotliwe należy zaliczyć surowicze torbiele, skórniaki i t. p. Do złośliwych guzów należą raki, mięśniaki i melanosarkoma.

Rozpoznanie tych cierpień nie daje się dokonać zawsze zapomocą tylko badania fizykalnego i dokładnych wywiadów; w wielu przypadkach dopiero pracownia skutecznie współdziała z poprzedniemi badaniami.

Leczenie splenomegalii opiera się na danych etjologicznych: marskość wątroby leczy się jako taką w razie zmian w sercu stosujemy środki nasercowe. Żółtaczkę hemolityczną leczymy zapomocą podawania żelaza lub szpiku kostnego. Białaczki ulegają poprawie pod wpływem promieni Roentgena a nieraz nawet Curie-terapji radem ze stosowaniem thorium i benzolu. W przypadkach kiły: leczenie swoiste. W powiększeniach śledziony wywołanych zimnicą stosujemy chinine i jod. W przypadkach gruźlicy śledziony jest zalecany zabieg chirurgiczny, polegający na wycięciu śledziony. Emetyna stosowana dożylnie jest skuteczna w splenomegaliach, wywołanych przez kala-azar i bilharziosis. W grzybicach stosujemy roztwór *Lugol'a* drogą dożylną lub podajemy nalewkę jodową w ilości 20 do 50 do 100 kropli.

Wycięcie śledziony wskazane jest w żółtaczce hemolitycznej wrodzonej, w gruźlicy, w zespole *Banti'ego* i w anaemia splenica haemolytica. W razie nieuzyskania skutku zapomocą leczenia środkami farmakologicznymi stosujemy wycięcie śledziony także w bilharziosis, w grzybicach i w kile. W tych bowiem przypadkach chory ulega zwykle śmiertelnym krwotokom. Przed wycięciem śledziony stosować należy środki wzmacniające, a zwłaszcza przetaczanie krwi.

Opium w lecznictwie u dzieci. (L'opium en thérapeutique infantile). G. Blechmann i P. Delthil. *Revue de Méd. Nr. 8, r. 1928.*

Makowiec jest lekiem, nad którym pedjatrzy prowadzą do dziś dnia bardzo żywą dyskusję. Nagół zdania są przeważnie przeciwne stosowaniu makowca, co według autororów nie jest słusznem. Dawni lekarze stosowali opium, zwłaszcza w czerwonce u dzieci; przeważnie w dawce 2 krople laudanum na każdy rok życia (*Sydenham*). W połowie dziewietnastego stulecia *Trousseau* i inni zwrócili uwagę na jadowitość opium u dzieci, mimo nawet małych dawek. Na przełomie dziewiętnastego i dwudziestego wieku zdania zaczęły się znowu zmieniać na korzyść stosowania opium u dzieci; co jednak do dziś dnia nie jest jeszcze ogólnie przyjęte. Co się tyczy tolerancji dzieci względem opium jest ona bardzo różna, jakkolwiek przypadki śmiertelne rzadko są opisywane. W ocenie wrażliwości dziecięcego ustroju względem opium należy pamiętać, że opium jest środkiem działającym przedewszystkiem na ośrodkowy układ nerwowy, który jest bogato ukrwiony a przeto szczególnie wystawiony na działanie tego leku. Z drugiej strony jednak opium zostaje wydzielone przez narządy wydzielnicze, które u dziecka działają bardzo sprawnie. Należy też pamiętać, że ustrój dziecięcy znosi łatwiej poszczególne alkaloidy aniżeli ich mieszaniny. Dla uniknięcie wszelkich wypadków trzeba, według *Simon'a*, bardzo rozcieńczyć stosowaną dawkę i podawać ją w małych porcjach w przeciągu 24 godzin.

W lecznictwie dziecięcem stosujemy następujące preparaty makowca. 1) laudanum, które według kodeksu franc. z roku 1908, zawiera 43 krople w jednym gr. a każda kropla odpowiada 2.3 mlgr. pulvis opii. Dawkę 2 do 3 kropli na każdy rok życia dziecka uważać należy za prawidłową. Autorowie chętnie stosują lawatywy z laudanum, zwłaszcza w zaburzeniach przewodu pokarmowego o następującym składzie: do 5-ciu łyżek od kawy gorącej wody daje się 1 kroplę laudanum. Po zmieszaniu bierze się 1 łyżkę od kawy tej mieszaniny do lawatywy zawierającej 150 gr. wody, dla dziecka sześcio-miesięcznego. 2) elixir parégorique w 20-tu gr. zawiera 1 ctgr. morfiny, należy stosować ten środek w drugiem i trzeciem dzieciństwie w dawkach od 3 do 4 kropel. 3) sirupus Diacodi w 100 gr. zawiera 1 ctgr. morfiny, stosuje się go w przypadkach dobrotliwych w dawce 1 do 3 łyżeczki od kawy dziennie w pierwszym roku życia. Działanie jego jest bardzo słabe. 4) pulvis Doveri jest szczęśliwem połączeniem opium z ipekakuanhą. Podawanie tego środka jest szczególnie korzystnem w nieżytach oskrzeli, w nawałach płucnych i zapaleniach płuc. Ze względu jednak na postać proszka, należy go stosować w pokarmach półpłynnych, lub w czopkach. Dziecku 3-letniemu podać można najwyżej 10 ctgr. co odpowiada jednemu mlgr. morfiny. U dzieci starszych nie należy przekraczać dawki 80 ctgr. 5) kodeinę stosujemy u dzieci pod postacią syropu, którego stołowa łyżka zawiera 4 ctgr. tego alkaloidu. Dawka normalna dla dzieci ponad 3 lata wynosi 1 do 2 gr. syropu na rok życia, a nie powinna przekraczać 20-tu gr. 6) wstrzykiwania chlorku morfiny stosujemy tylko w przypadkach nagłych, w dawkach 1 mlgr. na rok życia. Należy tu podkreślić konieczność należytego rozcieńczenia tego środka, który u niemowląt stosujemy w rozcieńczeniu 1/1000, zmniejszając to rozcieńczenie u dzieci starszych. 7) morfinę i opium stosujemy doustnie w rozcieńczeniu 1 do 100 (morfina lub pantopon) w dawkach 1 kropla na rok życia. 8) syrop morfiny stosujemy w dawkach 1 do 2 gr. na rok życia (20 gr. odpowiada 1 ctgr. morfiny). 9) papaverynę, która wpływa wybiórczo na włókna mięśni gładkich stosujemy w dawce 1 do 1.5 ctgr. doustnie.

Wskazania:

1. Cierpienia i zespoły bolesne, jak np. kolka wątrobowa lub nerkowa, ból pochodzenia opłucnowego, o ile jest bardzo gwałtowny, wymaga wstrzyknięcia 1 do 2 mlgr. morfiny na każdy rok życia. Inne schorzenia ogólne, jak gościec stawowy, choroby wysypkowe ze znacznem podnieceniem ogólnem, wymagają stosowania syropu morfiny lub opium. 2. Laryngitis spasmodica wymaga nieraz również stosowania morfiny w dawkach wyżej określonych. W przypadkach błonicy stosujemy niekiedy morfinę, mając jednak na względzie to, że podawanie jej może maskować przebieg schorzenia. 3. W napadach dychawicy oskrzelowej stosujemy wstrzykiwania morfiny tylko wyjątkowo, gdy te napady są szczególnie dramatyczne, 4. W kokluszu *Trousseau* stosował laudanum i belladonnę. *Triboulet i Boyé* stosowali wstrzykiwania morfiny. Opium działa łagodząco na kaszel, nie wpływa jednak na sam przebieg cierpienia. Do stosowania nadaje się osobliwie pulvis Doveri lub papaveryna. 5. W przypadkach chirurgji dziecinnej podajemy także przetwory makowca, bądź to w celu przygotowania do ogólnego znieczulenia, bądź też w przypadkach silnych bólów po operacji. W napadach zapalenia wyrostka robaczkowego makowca nie stosujemy. 6. W cierpieniach przewodu pokarmowego u dzieci i niemowląt stosujemy makowiec w trojakim celu a mianowicie: dla osłabienia stanów skurczowych jelit, dla osłabienia czynności wydzielniczych i uspokojenia bólów, a) biegunka ze wzmożoną perystaltyką u osesków. Ta postać chorobowa, w której ani djeta ani zmiana mleka ani środki dezynfekcyjne nie działają uspakaja się po podaniu opium, b) biegunka zwykła u osesków, w tych przypadkach wystarczy tylko nieraz uregulować godziny karmienia, aby uzyskać wyleczenie niekiedy tylko zachodzi potrzeba stosowania przetworów makowca, np. sirupus diacodi (5 gr. na rok żyia i dobę w wodzie wapiennej — *Marfan*), c) biegunki zwykłe u niemowląt karmionych mlekiem krowiem. Po zastosowaniu djety wodnej przez 24 do 36 godzin, przy podjęciu na nowo podawania pokarmu stosujemy benzonaftol lub acetyltaninę z syrupus Diacodi lub też lawatywę z laudanum, d) ciężkie biegunki. W tych przypadkach należy być bardzo ostrożnym w podawaniu makowca i jego przetworów a podawać je można dopiero w późniejszym okresie, z chwilą gdy przystępuje się do ostrożnego stosowania djety, e) enterocolitis dysenteriformis. Prawdziwe czerwonki są względnie rzadkie u dzieci. W wspomnianem schorzeniu podajemy małe dawki opium, syropu morfiny, pantoponu lub lawatywy z laudanum zważając pilnie by nie upośledzać wydzielania to,

ksyn, f) skurcz odźwiernika ulega zazwyczaj poprawię, po podaniu belladonny, o ile nie ma to miejsca, podanie laudanum, morfiny lub pantoponu z odrobiną wody może nieraz znieść skurcz. 7) Cierpienia narządu oddechowego wymagają nieraz stosowania makowca i jego przetworów. Należy jednak odróżnić kaszel wilgotny, który ma na celu wydobycie nazewnątrz śluzu i wydzieliny oskrzeli od kaszlu suchego, męczącego, który bardzo osłabia dziecko, a nie doprowadza do wydalania wydzielin. W pierwszym przypadku należy się raczej powstrzymać od podawania makowca, względnie można podawać ostrożnie pulvis Doveri: w przypadku drugim stosujemy go chętnie.

W końcu swej pracy autorowie polecają gorąco stosowanie makowca w odpowiednich przypadkach, zalecając jednak ostrożność i trzymanie się przepisów, wyszczególnionych powyżej.

Ciężkie objawy hemofilji zatrzymane zapomocą przetaczania krwi. (Accidents hémopiliques graves arrétés par la transfusion du sang). P. Emile-Weil. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 3, r. 1929.*

Chory lat 19-tu znajduje się od siedemnastu lat w obserwacji autora z powodu hemofilji, do której od lat pięciu dołączyła się kamica nerkowa. W grudniu 1926 r. chory uległ zakażeniu grypowemu, wśród którego wystąpił krwotok w prawem kolanie. Objawy te zaczęły ustępować, gdy nagle chory zauważył tworzenie się jakgdyby guza pod lewą brwią a następnie podobny guz pod brwią prawą. Na drugi dzień oko lewe było zupełnie wysadzone z oczodołu, przyczem obie powieki były obrzękłe, z wybroczynami; widzenie znacznie ograniczone. Oko prawe wykazywało podobne objawy lecz w stopniu znacznie słabszym, przy zachowaniu prawidłowego widzenia. Na drugi dzień w jamie ustnej pojawił się krwiak, który nie pozwalał choremu na zamknięcie ust i w znacznym stopniu utrudniał zarówno mówienie, jak i połykanie. W tym stanie chory zgłosił się do szpitala, ciepłota wynosiła 38°. Wobec ciężkiego stanu chorego autor zastosował natychmiast przetaczanie krwi w ilości 225 ccm. W drugim dniu stan nieco się poprawił. Trzeciego dnia poprawa była znaczna, zwłaszcza w odniesieniu do krwiaka w jamie ustnej, oko prawe wykazuje również poprawę, w oku lewem zaś poprawa jest nieznaczna a powieki obrzękłe i czarne. Wezwany okulista wykonał tarsorafję bez żadnych krwotoków. W dwa dni później stan uległ dalszej. znacznej poprawie, nawet oko lewe powróciło do oczodołu, chory odróżnia nietylko światło, ale i kształty. Po czterech dniach krwiak jamy ustnej i prawego oczodołu znikły zupełnie, na oku lewem stwierdzić można objawy owrzodzenia rogówki. Autor obserwował chorego jeszcze czas dłuższy, jednakowoż objawy oczne więcej się nie pojawiły i u chorego występowały tylko co pewien czas objawy krwiomoczu. 7-go listopada 1928 r. okulista stwierdził zupełnie prawidłowy stan i widzenie oka prawego, na rogówce oka lewego stała plamka która wywołuje nieregularny astygmatyzm i obniża ostrość wzroku do $^5/_{10}$. Dno oka prawidłowe. Badanie krwi wykazuje: czas krwawienia 7,15,4 minuty; czas krzepnienia 7 godzin z prawidłową kurczliwością skrzepu.

W powyższej obserwacji należy podkreślić rzadkość umiejscowienia się w oczodole krwotoku w hemofilji i jego wyjątkową ciężkość. Krwiaki te powstały bez poprzedniego urazu, podobnie jak się to obserwuje raczej w hemogenji. Badanie krwi przemawia również za tem, że chodzi tu o chorego ze skojarzeniem hemofilji z hemogenją. Przedewszystkiem jednak należy podkreślić leczniczy wynik uzyskany przy pomocy przetaczania krwi. U trzech chorych z podobnymi krwiakami w oczodole, którzy zgłosili się późno do autora nastąpił zanik uciśniętego nerwu ocznego i utrata oka, jakkolwiek nie było powikłań ropnych.

Oleothorax w leczeniu gruźlicy płuc i opłucnej. (L'oléothorax dans la tuberculose pulmonaire et pleurale). A. Courcoux i A. Bidermann. *Paris Médical Nr. 1 r. 1929.*

Oleothorax został wprowadzony przez *Bernou* w r. 1922. i początkowo był stosowany tylko w leczeniu gruźliczych wysięków ropnych i przebić płucno-opłucnowych. Następnie stosowano go z powodzeniem w zwalczaniu postępujących zrostów opłucnej i w tych przypadkach gruźlicy płuc, w których nie można było osiągnąć dostatecznego uciśnięcia płuca zapomocą odmy opłucnowej.

Autorowie omawiają poszczególne wskazan rozpoczynając od

I. przypadków, w których zrosty opłucnowe wykazują skłonność do stałego wytwarzania się. W tych przypadkach stosowanie odmy nie doprowadza zazwyczaj do celu, gdyż gaz zbyt szybko ulega wchłanianiu. W takich przypadkach należy wprowadzać do opłucnej znaczne ilości oliwy z gomenolem, by uzyskać duże parcie. Trzeba jednak zaznaczyć, że stosowanie tej metody leczenia przedstawia pewne niebezpieczeństwo przebicia płuca a nawet wówczas, gdy zabieg ten można zaliczyć do udanych, oleothorax nie chroni od przejścia sprawy chorobowej na drugą stronę. *Fontaine* na 39 przypadków oleothorax, stworzonych w omawianym celu, obserwowała 26 wyników dodatnich, 4 bezskuteczne i 9 przypadków śmierci, z których 5 zostało wywołane przebiciem płuca.

II. w przypadkach niedostatecznego ucisku płuc zapomocą odmy opłucnowej stosuje się oleothorax dla dwojakich przyczyn: 1) gdy ognisko chorobowe nie ulega dostatecznemu uciśnięciu, mimo wysokiego ciśnienia w jamie opłucnej po skończeniu odmy, ponieważ gaz ulega szybkiemu wchłanianiu. W razie gdy jamy gruźlicze są przytrzymane przez zrosty stosowanie oleothorax może jednak wywołać przedarcie płuca. 2) oleothorax stosujemy też w przypadkach, w których śródpiersie posiada znaczną ruchomość i podatność. W tych przypadkach oleothorax wywiera znacznie bardziej stały ucisk, aniżeli gaz, który zarówno ulega łatwemu zagęszczaniu, jak i rozrzedzeniu.

III. przewlekłe zapalenia ropne opłucnej na tle gruźliczem nadają się szczególnie dobrze do stosowania oleothorax. 1) W zapaleniach ropnych opłucnej natury pierwotnej, o typie ropnia zimnego opłucnej, oleothorax zmniejsza wytwarzanie się ropy a po kilku lub kilkunastu wypuszczeniach ropy, i wprowadzaniu nowych ilości oliwy z gomenolem można uzyskać wstrzymanie się ropienia i zabliźnienie, ewentualnie powstałych przetok.. 2) W przypadkach ropnych zapaleń opłucnej, powstałych w przebiegu odmy sztucznej, stosowanie oleothorax wpływa nie tylko korzystnie na wytwarzanie się ropy, lecz zapobiega też tworzeniu się zrostów opłucnej, które po wyleczeniu ropnego zapalenia mogłoby stać na przeszkodzie dalszemu stosowaniu odmy sztucznej. 3) Także i ropne zapalenia gruźlicze opłucnej, powikłane wtórnem zakażeniem na tle streptokokków, dają się leczyć zapomocą oleothorax. W tych przypadkach wynik jest oczywiście mniej stały, częściowe poprawy jednak uzyskane tą drogą przedstawiają już też korzyść, gdyż pozwalają na ewentualne zastosowanie zabiegu chirurgicznego.

IV. z innych wskazań należy wymienić: 1) przebicia płucno-opłucnowe o ile samo przebicie nie jest zbyt rozległe, Bardziej rozległe i stałe wytworzenie się komunikacji płucno-opłucnowej jest przeciwwskazaniem do stosowania oleothorax, gdyż wówczas oliwa z gomenolem dostaje się do dróg oddechowych. 2) także w razie niemożności odpowiednio częstego powtarzania odmy sztucznej opłucnowej, gdy chory n. p. mieszka zdala od lekarza, stosowanie oleothorax jest zupełnie uzasadnione, 3) *Bernou* stosował też połączenie oleothorax z frenicekcomią, z dobrym wynikiem: *Burnand* zaś wypełniał oliwą z gomenolem resztę jamy opłucnej, pozostałej po thoracoplastyce, dla zwalczania ropienia opłucnej.

Technika zabiegu.

Do oleothorax używamy bądźto oleum olivarum bądź też oleum paraffini z dodatkiem gomenolu. O ile oleothorax ma służyć do wywarcia silnego nacisku na płuca należy użyć oleum paraffini, które posiada większą lepkość. Ilość gomenolu w przypadkach ropnych powinna wynosić 4 do 8%, w przypadkach nieropnych 2 do 4%. Dla lepszego rozpuszczenia gomenolu w oleum paraffini *Küss* dodaje 1 gr. eukaliptolu na 125 ccm. paraffini. Mieszaninę przygotowuje się w ten sposób, że oliwę wyjaławiamy przez 2 godziny w ciepłocie 150° C. poczem dodajemy w sposób aseptyczny gomenol. Wstrzykiwać należy oliwę ogrzaną do ciepłoty 38° C.

Igły powinny być odpowiedniej długości a światło ich powinno wynosić siedem do dziesięciu dziesiętnych milimetra. Igły zbyt wązkie utrudniają wprowadzanie oliwy o tak znacznej lepkości, igły zbyt szerokie umożliwiają wyciekanie oliwy w miejscu nakłucia. Strzykawka którą się posługujemy w zabiegu posiada objętość 50-ciu ccm. i połączona jest wyjałowionemi rurkami z igłą i ze zbiornikiem oliwy. Można też użyć przyrządu *Küss'a*.

Oznaczenie ciśnienia oliwy jest nieco trudne i niezbyt dokładne wobec jej lepkości; zapomocą aparatu *Bernou* daje się jednak tego dokonać. Należy zaznaczyć ważność pomiarów ciśnienia oliwy w jamie opłucnowej podczas i po zabiegu.

U chorych z odmą sztuczną przekłuwamy opłucną w dwóch miejscach, leżących w pewnej odległości nad sobą. Dolne ukłucie służy do wprowadzenia oliwy, górne zas do wprowadzenia gazu, zapomocą przyrządu do odmy sztucznej. W tych przypadkach oznaczenie ciśnienia wewnątrz-opłucnowego nie napotyka na trudności. W przypadkach ropnego zapalenia opłucnej wypuszczamy możliwie wielką ilość ropy i wprowadzamy oliwę w ilości nieco mniejszej od ilości wypuszczonej ropy. W przypadkach wysięku ropnego powikłanego zakażeniem streptokokkowem jest korzystnem, po wypuszczeniu ropy, poddać opłucną dokładnemu wypłukaniu zapomocą płynu fizjologicznego, po którym dopiero wprowadzamy oliwę.

Przy stosowaniu oleothorax mogą się wydarzyć następujące powikłania: wyciekanie oliwy po dokonaniu zabiegu wywołuje niekiedy ropny stan tkanki podskórnej. Dla zapobieżenia temu należy używać względnie cienkich igieł i stosować następnie opatrunek uciskowy. Niektóre opłucne są szczególnie wrażliwe na oliwę z gomenolem i reagują zapaleniem w następstwie czego w jamie opłucnej gromadzi się płyn. Dla tego należy przyjąć jako zasadę próbne wpuszczenie 5-ciu do 10-ciu ccm oliwy z gomenolem do jamy opłucnowej oraz bardzo stopniowe powiększanie ilości wprowadzanej oliwy w ciągu następnych zabiegów. Niestety i te ostrożności nie zawsze wystarczają. Z innych powikłań

należy wspomnieć o przedarciu płuca przez zbyt silny ucisk oliwy oraz o przebiciu płuca przy uzupełnianiu oleothorax. Wreszcie przy stosowaniu oleothorax, w przypadkach uprzednio powstałych przebić płuca, nawet niewielkich, nie tylko możemy nie uzyskać zabliźnienia się płuca, ale niekiedy oliwa z gomenolem dostaje się do oskrzeli. Wtedy należy przerwać leczenie i ewentualnie usunąć już wprowadzoną oliwę.

Autorowie podkreślają, że omawiana metoda lecznicza przedstawia niewątpliwe korzyści w leczeniu gruźlicy płuc i opłucnej tak, że można tu mówić o postępie w leczeniu gruźlicy. Należy jednak bardzo dokladnie ustalać wskazania, dobierać odpowiednie przypadki a przedewszystkiem stosować odpowiednią ostrożność w samym wykonaniu tego zabiegu.

Z. Gorecki.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Przyczynek do znajomości ozeny jednostronnej pochodzenia urazowego. (Contribution à l'étude de l'ozéne unilateral d'origine traumatique). Belenoff S. *Revue de lar., d'otol... T. 49. Nr. 19. (październik) 1928.*

Od czasu strzału rewolwerowego w twarz w celu samobójczym z przed 20 laty pacjentka obecnie 38 letnia jest stale w obserwacji rinologów z powodu strupów i cuchnącej wydzieliny w nosie po stronie prawej. Leczenie jest bezskuteczne. Autor, stwierdziwszy obraz ozeny prawostronnej i biorąc pod uwagę wywiad, — którego zresztą pacjentka nigdy nie taiła — powziął podejrzenie ciała obcego, co potwierdza Rentgen. Kulisty cień zajmuje okolicę komórek sitowych pod blaszką sitową po str. prawej. Zabieg zrazu wewnątrznosowy, potem drugi zewnętrzny, przeprowadzony z cięcia Killiana pozwala wydobyć silnie w zrostach uwięzgniętą kulę rewolwerową. Niestety pac. uległa powikłaniu pooperacyjnem pod postacią zapalenia opon mózgowych, prawdopodobnie wskutek wtargnięcia zakażenia przez wrota otwarte po zerwaniu zrostów między kością a oponą twardą.

Zespół hypertermiczny (z. h.) pooperacyjny u oseska. Wyleczenie. (Syndrome hyperthermique post-opèratoire chez un nourisson. Guérison). Bertoin. R. *Jw. Nr. 21 (listopad) 1928,*

Znąną jest groza zespołu hypertermicznego po zabiegach operacyjnych u osesków kończącego się zwykle zejściem śmiertelnem w kilkunastu godzinach po zabiegu. W przypadku autora, dotyczącym antrotomii u 9 miesięcznego oseska z ropnem zapaleniem wyrostka sutkowego i bardzo ciężkim stanem ogólnym, budzącym również podejrzenie złośliwej grypy lub zapalenia opon gruźliczego, w którym autor zdecydował się na operację na usilne naleganie rodziców, nastąpił niespodziewanie przebieg korzystny po okresie nader groźnym. Wobec zgoła ciemnej jeszcze etjologji z. - u - h. ego, a to pomimo różnych hypotez dotyczących zaburzeń wewnętrzno-wydzielniczych (status thymicus), ostrej posocznicy i wstrząsu autor zastanawia się nad czynnikami, powodującymi korzystny zwrot w z. - e h. - ya w danym przypadku i dochodzi do wniosku, że prawdopodobnie należy go szukać w wykonanem dwukrotnie nakłuciu lędźwiowem z obfitem wypuszczeniem płynu z kanału rdzeniowego. Autor zaleca zbieranie dalszych spostrzeżeń we wskazanym kierunku.

Metoda dwóch szpatułek językowych. (Le procédé de deux abaissélangue). Belenoff S. *J. w.*

Nawet w poważnych podręcznikach jak *Moura'a, Laurens'a, Denker-Kablera* znajdujemy zbyt skromne wzmianki o badaniu migdałków.

Przeważnie ogranicza się badanie do inspekcji tych narządów przy języku uciśniętym szpatułką lub co gorsza wystawionym. Niekiedy zalecają badanie metodą bezpośrednią *Killiana* lub używanie tępych haczyków. Jeżeli jednak mamy naprawdę dojść do odróżnienia migdałka zdrowego od chorego. musimy ocenić nietylko jego wygląd zewnętrzny, ale i wielkość jego i zbitość, stosunki z otaczającemi tkankami; zrosty patologiczne, wydzieliny śluzowe, ropne lub serowate. Jestto tylko możliwe w sposób bardzo łatwo dostępny dla lekarza praktyka przy pomocy „metody dwóch szpatułek" okienkowatych tępych, podanych przez autora. Nie ranią one, przystosowują się dobrze do okolicy i umożliwiają dokładne zbadanie w ten sposób, że jedną uciska się język, a drugą równocześnie naciska się na łożysko migdałka najprzód od góry, potem od strony łuku przedniego, przyczem migdał nawet ukryty, wychodzi ze swej loży, stając się dobrze dostępnym wzrokowi i ujawniając przez ekspresję zawarte w nim wydzieliny. Dla wielu schorzeń ogólnych znajdziemy wówczas przyczynę w migdałkach (polyarthritis, endocarditis, chorea minor, nephritisi etc.) a badając dokładnie, potrafimy nieraz tym schorzeniom zapobiedz.

Badania anatomiczne nad stosunkiem zatoki szczękowej do komórek sitowych i zatoki czołowej. (Récherches anatomiques sur le sinus maxillaire en relation avec l'ethmoide et le sinus frontal). Vilar Fiol R. *Jw. Nr. 22-23 listopad-grudzień 1928.*

Wbrew poglądom klasycznym autor stwierdza, że w schorzeniach jam bocznych nosa odgrywają komórki sitowe rolę naczelną. Izolowane schorzenia zatoki szczękowej są zd. autora niezmiernie rzadkie, a kombinacje tychże z zajęciem komórek sitowych zjawiskiem niemal stałem, a to nawet i wówczas, gdy rhinoskopia, diaphanoskopia i Roentgen niedają co do komórek sitowych pozytywnych wyników. Tym faktem tłomaczy się też częste nieuzyskiwanie pełnego sukcesu po wzorowo przeprowadzonej operacji doszczętnej przy — pozornie — izolowanej Highmoritis. Autor przytacza kilka przypadków takich z własnej obserwacji, gdzie dopiero następowa operacja pewnej grupy komórek sitowych doprowadziła do pełnego wyleczenia. Te dane kliniczne dały autorowi asumpt do gruntownego studjum anatomii zatok nosa na rozległym materjale sekcyjnym. Studjum to zmusza zd autora do rewizji szeregu ustalonych poglądów. Zapatrywanie, wedle którego zatoki: szczękowa i czołowa jakoteż przednie kom. sitowe zdążając, każde własnem ujściem, do meatus medius, nie posiadają między sobą żadnej łączności, nie da się utrzymać. Przeciwnie istnieje stale połączenie drogą kanału wyścielonego śluzówką (conduit maxillo - ethmoidal) między zatoką szczękową a pewnemi komórkami

sitowemi (cellules antero - externes), a stąd nawet czasem (w 20% przypadków) prowadzi droga do zatoki czołowej niezależnie od istnienia canalis naso-frontatis szkoły klasycznej. Co więcej, czasami zd. autora niekiedy ujście czołowej — poprzez „canal maxillo - ethmoidal" — do zatoki szczękowej jest jedyną komunikacją zatoki czołowej z jamą nosa. Takie, wielce oryginalne — poglądy, wyrażone przez autora spowodowałyby oczywiście zdaniem ref. niemałe zarówno rozpoznawcze jak i rhinochirurgiczne przesunięcia w świetnie opracowanym całokształcie odnośnych poglądów szkoły niemieckiej, o ile poglądy te doznają z innych stron potwierdzenia.

Krwotok nosowy wskutek hemogenii (L'epistaxis par hémogénie). Vernieuwe. *Jw. Nr. 20 grudzień 1928.*

Wywody autora stanowią dla praktyka niezmiernie cenny przyczynek do leczenia uporczywych nawykowych krwotoków nosa rozszerzając równocześnie horyzont lekarza w sprawie skaz krwotocznych. Szczegółowy opis siedmioletniej obserwacji b. pouczającego przypadku nie zmieści się w ramach referatu. Odsyłamy do oryginału. Istotą wywodów jest, że powszechny jeszcze sposób patrzenia na sprawę krwotoków nosa, uwzględniający tylko zmiany lokalne, a ogólne — bez należytego wzięcia pod uwagę obrazu krwi, jest już dziś absolutnie niewystarczający. Przeciwnie obraz krwi zarówno w sensie rozpoznawczym jak i leczniczym musi być rozstrzygającym. Przedewszystkiem lekarz musi rostrzygnąć, czy mamy do czynienia z hemofilią czy z hemogenią. Hemofilia dotyczy głównie płci męskiej, atakuje głównie stawy, nie narusza stanu ogólnego i krwawienia hemofiliki są zwykle następstwem urazów. Do tego przyłącza się charakterystyczny obraz krwi. Leczenie osiąga się głównie surowicą krwi. Hemogenia dotyczy głównie płci żeńskiej, alteruje zwykle stan ogólny pacjentki (pacjenta), daje charakterystyczne próby pozytywne przy uciśnięciu np. drenem — przedramienia lub ukłuciu skóry w formie punkcikowatych wynaczynień lub podbiegnięć, jakoteż charakterystyczny obraz krwi; krwawienia są samoistne, a racjonalne leczenie polega na transfuzji całej krwi. Co do obrazu krwi, to w hemofilii czas krwawienia (z ranki) jest prawidłowy (jest to objaw dość paradoksalny) termin początku krzepnięcia (:w probówce) jest spóźniony, surowica nad skrzepem jasna, przezroczysta, ilość płytek (hemoblastów) jest prawidłowa; w hemogenii przeciwnie czas krwawienia jest przedłużony, termin krzepnięcia prawidłowy, surowica jest różowa, ilość płytek zwykle zmniejszone. Stosowanie tamponady w razie hemogenii musi się ograniczyć do minimum t. j. aż do zadziałania racjonalnej haemoterapii: wszelkie energiczne kaustyki są bezskuteczne, a nawet szkodliwe jako czynnik zwiększający kruchość (friabilile) naczyń.

Referent pozwoli sobie zauważyć, że i uwzględnienie przemiany soli jedno — i dwuwartościowych t. j. potasowych i wapniowych i typów neurotonicznych (wagotonii i sympatykotonii) a w związku z tem leczenie odnośnemi deficytowemi solami zwłaszcza wapnem, mogą się również przyczynić do racjonalnego leczenia wszelkich krwotoków.

Dr A. Schwarzbart (Kraków).

POŁOŻNICTWO i CHOROBY KOBIECE

Rozpoznanie położenia bródki płodu w czasie porodu. (Diagnostic du menton foetal dans le processus de l'accouchement). Rulle P. *Gynécologie et Obstétrique Nr. 6, T. XVII.*

Autor, polemizując z prof. *Zaks'em* i broniąc stanowiska prof. *Gauss'a*, podnosi znaczenie dla prowadzenia porodu rozpoznanie położenia bródki płodu. Wnioski jego są następujące:

1. Bródkę płodu łatwo odnaleźć zapomocą III chwytu Leopolda. Od początku porodu winno być położenie bródki określone i zaznaczone.

2. W położeniu czaszkowym określić można zapomocą obserwowania zmian w położeniu bródki, postęp porodu ewentualnie patologiczne w nim odchylenia.

Postęp w zapobieganiu śmiertelności płodów w czasie ciąży. (Progrés réalisés dans la prophylaxie de la mortalité foetale pendant la gestation). Couvelaire A. *Paris Medical Nr. 32, 18 Année.*

Autor artykułu, kierownik kliniki Baudelocque'a w Paryżu podkreśla znaczną poprawę, jaką można zauważyć w zapobieganiu (wielkiej kiedyś) śmiertelności płodów w czasie ciąży i porodu, jak również noworodków w ciągu pierwszych 3-ch dni po urodzeniu.

Na wstępie autor stwierdza, że zaledwie w 2/3 przypadków obumarcia płodów w macicy udaje się wykryć przyczynę ich śmierci. Przyczyny te dzieli autor na następujące grupy: 1) kiła, 2) zaburzenia w równowadze humoralnej (białkomocz, wzmożone ciśnienie, rzucawka porodowa), 3) schorzenia ogólne przewlekłe (zapalenie nerek, cukrzyca) i ostre. Gruźlica niema działania zabójczego na płód w łonie matki.

Stosunki w poszczególnych grupach przedstawiają się jak następuje:

1. Kiła. Zakażenie kiłą w czasie ciąży daje według statystyk 70% śmiertelności płodu — leczeniem systematycznym obniżyć się udało ten wysoki odsetek do 30%. Kiła świeża, nabyta wkrótce przed ciążą, dawała 65% śmiertelności płodów, leczona — zaledwie 5%. Kiła dawnego pochodzenia lub wrodzona dawała bez leczenia w 20% obumarcie płodu w łonie matki, po leczeniu odsetek tem obniżył się do 8%.

2. W grupie drugiej wysuwa się na czoło rzucawka porodowa, rozmaite postacie białkomoczu. Należy tu zwrócić szczególną uwagę na zapobieganie, a to na zasadzie starannego wykrycia (prodromów) objawów grożącej rzucawki porodowej. Wśród przypadków białkomoczu należy wyodrębnić takie (dość liczne), w których podłożu leży kiła.

3. Z przewlekłych chorób ogólnych najniebezpieczniejszą dla płodu jest cukrzyca; ze schorzeń nerek—postacie połączone z wysokim parciem krwi. Leczenie samego schorzenia będzie tu podobnie, jak w chorobach ostrych postępowaniem jedynem.

Porównywując ogólną śmiertelność płodów z dwu okresów istnienia kliniki Baudelocque'a, a mianowicie: okres od 1890 — 1919 i od 1920 — 1927, to jest okres kierownictwa *Pinard'a* z okresem kierownictwa autora, C. podaje: w okresie pierwszym na 10,000 porodów było martwych płodów przed początkiem porodu—237, w okresie drugim na tę samą

ilość — 145. Jeśli chodzi o kiłę, to była ona przyczyną obumarcia płodów jeszcze w r. 1921 — 77% przypadków (licząc tylko przypadki obumarcia płodów) w r. 1927 zaś tylko 35%.

Poprawa widoczna jest również w grupie II-ej. W okresie 6-cio letnim w latach od 1902 — 1908 (*Pinard*) śmiertelność płodów z powodu rzucawki porodowej, białkomoczu, wysokiego parcia krwi wyniosła 144 na 10,000; w okresie również 6-cio letnim 1921 — 1927 (*Couvelaire*) liczba ta równała się zaledwie 41 na 10,000. Przyczyna tej poprawy leży zdaniem autorów w tworzeniu poradni dla osób ciężarnych pozwalającej na wczesne rozpoznanie grożącego schorzenia.

Przyczynek do badań nad poronieniami wywołanemi przez nieprawidłowe usadowienie łożyska. (Contribution a l'étude des avortement provoqués par une insertion vicieuse du placenta). R h e n t e r J. P i g e a u d H. *Gynécologie et Obstétrique Nr. 6, T. XVIII.*

Opierając się na 2-ch przypadkach poronień samoistnych, obserwowanych klinicznie i 5 badanych anatomo-patologicznie, wszystkich z łożyskiem przodującem — autorowie rzucają kilka spostrzeżeń w sprawie związku przyczynowego pomiędzy wadliwem usadowieniem łożyska, a poronieniem.

Autorowie przeprowadzali uprzednio badania nad całkowitemi jajami płodowemi, pochodzącemi z poronień samoistnych w ilości stu. Do rozpoznania łożyska przodującego na jaju poronionym autorowie wymagają umiejscowienia łożyska na jednym z biegunów jaja, jak również swoistych cech samego łożyska: jest ono zazwyczaj szeroko rozpłaszczone, miejscami bardzo cienkie, jakby podzielone, pokryte na matczynej powierzchni licznymi ciemnymi skrzepami, mocno przyczepionymi. Cechy niniejsze posiadały wszystkie 5 wyżej wspomniane jaja.

Doliczając przypadki wątpliwe autorowie określają w przybliżeniu częstość łożyska przodującego w przypadkach poronień samoistnych na 15%. Dla wyjaśnienia związku przyczynowego pomiędzy łożyskiem przodującym, a poronieniem autorowie rozważają szereg hypotez.

Przypuszczenie, że pierwotnie obumiera płód, i to wtórnie powoduje poronienie, jako wydalenie niejako ciała obcego, — nie wydaje się prawdopodobne, tak ze względu na możliwość rozwoju płodu, aż do końca ciąży; czy to pomimo łożyska przodującego, czy to pomimo usadowienia ciąży poza macicą, jak również ze względu na stwierdzenie, iż badanie anatomo-patologiczne jaj dawniej poronionych nie wykazało cech gnicia, ani maceracji płodów.

Nasuwa się natomiast inna hypoteza, do której też skłaniają się autorowie. Mianowicie, większa część jaj poronionych samoistnie przy łożysku przodującem pochodzi z 4 — 5 miesiąca ciąży. Jest to wszak czas zrastania się ze sobą doczesnej prawdziwej z doczesną odgiętą. Jak wiadomo okolica ujścia wewnętrznego macicy pozostaje niepokryta przez doczesnę, gdyż w miejscu tym doczesna odgięta zanika; kosmki pozbawione podstawy w tym miejscu nagle odsłonięte przez zanikłą doczesnę zaczynają krwawić; z biegiem czasu zbiera się tu dość znaczna ilość krwi, której drażnienie mechaniczne wywołuje skurcze macicy i poronienie.

Dlaczegóż jednak nie następuje w ten sposób poronienie w każdym przypadku łożyska przodującego? Otóż dlatego, że zdaniem autorów łożysko przodujące ściśle środkowe jest niezwykłą rzadkością, tak zwane środkowe łożysko przodujące jest zawsze tylko częściowo środkowem; pierwotnie, w początku ciąży, jest ono usadowione bocznie dopiero w miarę rozwijania się dolnego odcinka, w miarę rozszerzania się, wędrowania łożyska schodzi ono i przesuwa się biernie czy czynnie ponad ujście zewnętrzne. Centralnie umiejscowione łożysko przodujące od początku ciąży niechybnie doprowadzić musi do poronienia samoistnego według opisanego mechanizmu.

Sprawa płonicy w świetle obecnych poglądów. (Le problème actuel de la scarlatine des accouchées). de L a v e r g n e V. F r u h i n s h o l z A. *Gynécologie et Obstétrique Nr. 6. 1928 r.*

Autorowie nawiązują do dawnych sporów zajmujących świat lekarski przed 50 laty, co do istnienia płonicy położnic, względnie wysypki podobnej do płoniczej, jednakowoż pochodzącej z zakażenia połogowego.

We wstępie autorowie przypominają różnice w przebiegu klinicznym płonicy położnic od płonicy zwykłej (zajęcie narządów rodnych, wczesne wystąpienie wysypki i to najpierw na brzuchu i zewnętrznych narządach rodnych, potem na twarzy, obrzęk skóry połączony ze zwykłą wysypką, złuszczanie się w dużych płatach); jak również w pomocniczych odczynach serologicznych (objaw wygaśnięcia, inaczej *Schultze-Charlton*, objaw *Pavlovitch'a*, polegający na zniknięciu wysypki płoniczej w miejscu, gdzie wprowadzono śródskórnie 1 cm³ surowicy ozdrowieńca po płonicy, odczyn *Dick'ów*).

Po dokładnem omówieniu piśmiennictwa, jak również obserwowanych przez się przypadków autorowie dochodzą do następujących wniosków: pomijając przypadki zakażenia połogowego przebiegające z wysypką przypominającą płonicę, uznać należy istnienie t. zw. płonicy płożnic, różniącej się nieco od płonicy zwykłej, która również dotykać może położnice.

Ta „płonica położnic" dostaje się do organizmu jak się zdaje, nie przez zwykłe wrota wtargnięcia (jama ustna) lecz przez narządy rodne, i co charakterystyczne, nie wywołuje typowych zmian w gardzieli i jamie ustnej. Zaraźliwość tej postaci płonicy jest mniejsza niż zwykłej. Przebieg kliniczny wskazuje na stan, jakgdyby istniały jakieś czynniki w ustroju rodzącej, które tylko czekają na wyzwolenie, aby powstała płonica, a czynnikiem tym wyzwalającym bywa poród.

Strona teoretyczna zagadnienia jest jeszcze niewyjaśniona; należałoby badać t. zw. objaw wygaśnięcia w każdym przypadku, jak również zwrócić uwagę na bakterjologiczne badanie paciorkowców z szyjki macicy za pomocą odczynów zlepnych z surowicą chorych płoniczych, jak również na badanie tych paciorkowców, co do ich zdolności do wytwarzania jadów. Nagół nie można odrzucić znaczenia paciorkowca w etjologji płonicy, najbardziej zaś kusząca się wydaje autorom hypoteza *Cantacuzène'a:* p ł o n i c ę w y w o ł u j e j a k i ś c z y n n i k p r z e s ą c z a l n y (ultra-virus) — t e n z a k a ż a p a c i o r k o w c a (może specjalną odmianę) i d o p i e r o t a k z a k a ż o n y d r o b n o u s t r ó j z d o l-

ny jest wywołać chorobę. W przypadkach płonicy położnic, czynnik wyżej wspomniany działa na paciorkowce, znajdujące się w narządach rodnych — stąd narządy te są wrotami zakażenia, co odbija się na wyżej opisanych właściwościach przebiegu klinicznego.

Leczenie radykalne wymiotów niepowściągliwych w czasie ciąży bez względu na stopień ciężkości. (Cure radicale des vomissements incoërcibles de la grossesse à tous degrés de gravité). Lewen G. *Revue Française de Gynécol. et Obstétrique N. 11 1928 r.*

Pod powyższym śmiałym tytułem autor ogłasza artykuł, w którym stwierdza, że w zasadzie nie istnieją wymioty niepowściągliwe ciężarnych, których by nie można było opanować odpowiedniem leczeniem; przypadki, które zmuszają do przerwania ciąży dochodzą do tego niepożądanego zakończenia tylko dzięki błędnemu postępowaniu lekarskiemu. Autor twierdzi, że przyczyną t. zw. wymiotów niepowściągliwych jest zawsze i tylko albo (dyspepsja) niestrawność, albo rozstrzeń żołądka, połączona lub nie z aerophagią (ta ostatnia bywa często ściśle połączona ze ślinotokiem). Leczenie polega na dyjecie ścisłej polegającej w I-szym dniu na podaniu 1500 gr. wody w 10 porcjach, po 150 gr., co $1^1/_2$ godz., II-go dnia — 750 gr. mleka — 750 gr. wody w takich samych porcjach, III-go dnia 1500 gr. mleka lub lekkiej kawy w 5 porcjach po 300 gr. co 3 godz. Dni następnych wzmaga się odżywianie ilościowo i jakościowo. Ponadto codzień 2 gr. natrium bromatum w dwu dawkach. Powyższe leczenie odnosi się do przypadków niestrawności (dyspepsji). W przypadkach aerophagji wszystko to samo z dodatkiem mieszanki bismutowej (Bismuthi carbon — 10.0, Mucilago gummi arabici 20,0, Aquae destil. 300,0, DS. po łyżce 5 razy dziennie w początku). Ponadto autor zaleca ćwiczenia oddechowe polegające na wydłużonym wydechu (gaszenie świecy).

W przypadkach rozstrzeni żołądka dyjeta jak wyżej, brom, unieruchomienie w łóżku z miednicą uniesioną ku górze na poduszkach po 15 min. co godzina. Z chwilą podniesienia się z łóżka stosować należy pas brzuszny.

Wywody swoje autor ilustruje licznemi przykładami, obserwacjami chorych.

Przetaczanie krwi praktyczne i organizacja stałych dawców. (Transfusion du sang et organisation pratique d'un service de donneurs). Ramos Alberto Pelarta, Escobar C. L. *Bull. d. l. Soc. d'Obstetrique et de Gynecologie N. 10, 1928 r,*

Autorowie przetaczają krew z cytrynianem, nagół według metody *Agote'a*, z uwzględnieniem grup serologicznych krwi wądług *Jansky'ego*. Dawczyniami krwi są zdrowe, ciężarne przebywające przed porodem w klinice, przyczem jednak każde pobranie krwi 250 — 500 gr. opłacone jest sumą 50 pesos. W ten sposób uzyskano stałe dawczynie chętnie ofiarujące krew; ze względu na możliwość nagłych przypadków ustanowiono stałe dyżury wyżej wspomnianych dawczyń.

Wskazaniem do przetaczania krwi jest przedewszystkiem ostra niedokrwistość i wstrząs. Określenie stopnia wykrwienia nie jest łatwe; obok badania morfologicznego krwi na ilość czerwonych ciałek, zawartość hemoglobiny, obok stanu klinicznego autorowie kierują się w znacznej mierze ciśnieniem krwi, mianowicie; maximum poniżej 70 mm Hg, minimum poniżej 40. mówi o stanie bardzo ciężkim, szczególnie jeżeli różnica pomiędzy maximum i minimum jest mniejsza od 20 mm Hg. Stan taki wymaga bezwzględnie przetaczania krwi; różnica maximum — minimum większa od 20 mm Hg. pozwala na stosowanie zwykłych metod przeciwwykrwawieniu chyba, że stan chorej pogarsza się dzięki dodatkowym czynnikom chorobotwórczym: oziębienie, wzruszenie, wycieńczenie, zakażenie, kiedy to uciec się należy do przetaczania krwi.

W dyskusji *Le Lorier* zakomunikował, iż na jego oddziale zorganizowano inaczej sprawę dawców krwi. Mianowicie, każda osoba ciężarna zgłaszająca się po raz pierwszy do zakładu podpisuje zobowiązanie, że w razie potrzeby da krew swoją dla innej kobiety, wymagającej tej ofiary.

W czasie od 1 czerwca do 10 grudnia zobowiązania powyższe podpisało 656 kobiet.

Rak szyjki macicy ciężarnej. (Cancer du col sur utérus gravide). Condamin, Voron, Molin. *Bullet. d. l. Soc. d'Obstetrique et de Gynecologie N, 9, 1928 r.*

Autorowie przytaczają przypadek, w którym założenie radu w V miesiącu ciąży nie tylko nie wywołało poronienia, ani nie przeszkodziło rozwojowi płodu, ale pozwoliło na przeprowadzenie porodu przez drogi naturalne, bez pęknięcia ani zakażenia.

Dziecko prawidłowe zupełnie przy urodzeniu, zmarło niestety w wieku 1 mies. z powodu wyniszczenia w przytułku. Matka żyje dotychczas.

W dyskusji *Goullioud* stwierdził, że obserwacja co do wpływu na płody wtedy tylko byłaby całkowita, skoro możnaby było ustalić dalszy rozwój intelektualny dziecka. W przypadku powyższym obserwacji tej brak.

Zastanawiając się dalej nad kwestją następowych operacji, wycięcie macicy, po dobrym wyniku leczenia radem G, jest na zasadzie dwu przypadków temu postępowaniu przeciwny; zauważył on mianowicie jakby nagle wyzwolony wzrost odnowionego nowotworu, występujący prawie bezpośrednio po wycięciu macicy.

Kilka uwag w sprawie szycia krocza. (Quelques réflexions sur la perineorraphie). Brindeau A. *Paris Médical 18-e Année Nr. 52, 29.XII.28 r.*

Autor rzuca kilka uwag w sprawie pękania i szycia krocza opierając się na swem bogatem doświadczeniu. A więc przypomina, żeby podczas porodu kleszczowego ciągnąć bardzo powoli, niezbyt wcześnie podnosić trzonki do góry, a w momencie kiedy tylko ukaże się ciemię małe w szparze sromowej, kleszcze zdjąć i prowadzić dalej poród zapomocą wywierania ucisku na dno macicy z jednej strony, a na guzy czołowe przez krocze z drugiej.

Co się tyczy zeszywania krocza, to należy wykonywać go natychmiast po porodzie, jeżeli zaś krocze nie zrośnie się, to należy próbować szyć po raz drugi natychmiast po spadku ciepłoty i po oczyszczeniu się rany, przyczem należy zeskrobać ziarninę z powierzchni rannej i odświeżyć brzegi. Jeśli próba

ta zawiedzie, należy odłożyć następne próby aż do 2 — 3 mies. po porodzie. Szycie krocza natychmiast po porodzie nie zmniejsza jego wytrzymałości w stosunku do następnych porodów, natomiast plastyczne zeszycie krocza niekiedy powoduje pękanie tegoż przy powtórnych porodach, szczególnie jeżeli operator porywa się na głębokie odpreparowanie śluzówki i wyosobnienie mięśni dźwigaczy odbytu.

Co się tyczy samej techniki zabiegu, to autor jest stronnikiem szycia przez wszystkie warstwy zapomocą szwów „crin de Florence", przeprowadzonych igłą *Emmet'a* lub *Doyen'a*. Również w przypadkach pęknięcia krocza III stopnia autor poleca te same szwy, które zakłada się na początku, lecz wiąże się dopiero po zeszyciu cienkim katgutem — ściany pękniętej kiszki.

W sprawie wyjałowienia operacyjnego kobiety. (Da la stérilisation chirurgicale chez la femme). Sergueeff N. N. *Gyn. et Obstétrique Nr. 6. T. XVIII.*

Autor poleca następujące postępowanie operacyjne, mające na celu uniemożliwienie kobiecie zajścia w ciążę, z pozostawieniem jednakowoż możliwości ewent. przywrócenia jej płodności.

Po nacięciu i rozdzieleniu blaszek otrzewnej tuż obok rogu macicy nad jajowodem wyosabnia się go na tępo, nacina na przestrzeni 2 — 3 cm. i odcina od rogu macicy klinowato. Cięcie w miąższu macicy zeszywa się szwem ósemkowym, koniec przeciętej trąbki zostawia się otwartym, zaopatrza się blaszki przeciętej otrzewnej paroma szwami węzełkowemi i jednym szwem materacowym.

Technika tych czynności przypomina przecięcie jajowodów — według *Liepmann'a.*

W razie gdyby wypadło przywrócić płodność, osobie tak operowanej, należy jajowód wszczepiać do macicy.

Przy omawianym sposobie operowania pozostaje nietknięte zaopatrzenie krwionośne i nerwowe jajowodu, jak również nie ulega zniszczeniu budowa samego jajowodu (nie podwiązanego).

Opisanych wyżej operacji wykonano w szpitalu im. Miecznikoff'a 14 z czego 2 przez pochwę.

O dalszych wynikach nie da się nic powiedzieć gdyż sposób powyższy stosuje autor dopiero od roku.

W sprawie przyżegania szyjki macicy. (A propos des cautérisations du col). Boquel A. *Revue Francaise de Gynécologie et Obstetrique Nr. 11, 1928 r.*

Autor opisuje przypadek, w którym po przyżeganiu wykonanem przez innego lekarza wystąpiło zarośnięcie ujścia zewnętrznego macicy z następowem wytworzeniem się krwiaka śródmacicznego (haematometra).

B. przestrzega przed stosowaniem rozpowszechnionego obecnie we Francji środka przyżegającego, pałeczki *Filbos*, który działa dobrze, lecz przy bardzo dobrej i starannej technice, toteż stosować go można tylko w przypadkach ciężkich, nie ustępujących przy leczeniu innymi sposobami.

Autor bardzo przychylnie zapatruje się na leczenie operacyjne schorzeń szyjki macicy zapomocą bądź odcięcia części pochwowej, bądź zeszycia rozdarć poporodowych.

Rak szyjki macicy i ciąża, leczenie radem. (Cancer du col et grossesse, traitement par le radium). Condamin R. *Bülletin d. l. Soc. d'Obstetrique et de Gynecologie Nr 9, 1928 r.*

Autor radzi stosować rad w przypadkach raka szyjki i ciąży, o ile ta ostatnia nie jest tak późna, aby można było uzyskać żywe dziecko. Jak tylko moment ten przyjdzie, należy operować i cięciem cesarskiem wydobyć dziecko.

Co do szkodliwości tego postępowania, to autor stwierdził, że w jednym obserwowanym przez się przypadku, aplikacja radu ani nie wywołała poronienia, ani nie przeszkodziła rozwinięciu się płodu do całkowitego jego donoszenia.

Niestety zmarł on wraz z matką w czasie porodu, który pacjentka wbrew poleceniu odbyła po za kliniką.

U innej pacjentki założenie radu w VI mies. ciąży nie wywołało przerwania ciąży, która rozwija się nadal.

Leczenie operacyjne w ginekologji bólów umiejscowionych w miednicy małej. (Traitement chirurgical des algies pelviennes en gynécologie). Al. Crainicianu. *La presse medicale Nr. 42, 1928 r.*

We wstępie autor przypomina iż unerwienie narządów rodnych kobiety składa się:

1) z węzła *Frankenhäusera*

2) ze splotu podbrzusznego (n. współczulny) i nerwu miednicowego *Eckarda* (n. błędny)

3) z nerwów połączonych z ośrodkami głównie w rdzeniu położonych.

Opierając się na pracy *Müller'a* autor nie przypuszcza, żeby istniały w ścianie macicy automatyczne węzły (ganglia) nerwowe. Rolę tych węzłów spełnia węzeł *Frankenhäusera*, do którego zbiegają się drogi nerwowe tak układu współczulnego, jak błędnego, jak również pochodzące z ośrodków rdzeniowych; z drugiej zaś strony węzeł *Frankenhäusera* wysyła szereg gałązek nerwowych do poszczególnych części narządu rodnego. Co do strony czynnościowej, to autor podkreśla z naciskiem, że splot podbrzuszny (plexus hypogastricus) zawiera bez wątpienia nerwy czuciowe; fakt ten jest podstawą postępowania leczniczego. należy przeciąć ciągłość dróg nerwowych układu współczulnego, aby znieść bóle nie ustępujące pod wpływem innego leczenia. Wystrzegać się natomiast należy przecięcia nerwu błędnego (nerw miednicowy *Eckard'a*), gdyż mogłoby to spowodować zaburzenia w dziedzinie ruchowej narządu rodnego, a także pęcherza moczowego i odbytnicy.

To też praktycznie poleca autor następujące postępowanie operacyjne:

1) przecięcie nerwu przedkrzyżowego (*presacre*) na wysokości V okręgu lędźwiowego (po nacięciu otrzewnej),

2) peri-sympathectomia hypogastrica bilateralis, według techniki *Leriche'a* (na przestrzeni 4 cm.).

3) wycięcie (resectio) obustronne łańcucha nerwu współczulnego na przedniej powierzchni kości krzyżowej.

Jak widać z powyższego autor jest stronnikiem poglądu, że poprawa po sympathectomji nie jest skutkiem poprawy krążenia miejscowego w miednicy małej, lecz jedynie zniszczenia dróg czuciowych prowadzących z tej okolicy.

Elektroliza borowiny radio-czynnej, jako metoda lecznicza w zapaleniach macicy, omacicza i przydatków. (L'electrolyse des bous radioactives dans le traitement des processus inflammatoires peri — metro — annexiels). J. Iribarne. *Bull. d. l. Soc. de Gynecologie et d'Obstetrique Nr. 10, 1929 r.*

Teoretyczną podstawą postępowania autora jest spostrzeżenie, że zapomocą elektrolizy można wprowadzić ze związków radio-czynnych wgłąb tkanki na 8 — 9 cm. jony alpha i spowodować ich nagromadzenie się zapomocą powtarzanych parokrotnie seansów.

Postępowanie autora było następujące: po wprowadzeniu do pochwy wziernika porcelanowego lub szklanego wlewa się doń około 30 gr. borowiny radio-czynnej (resztek mineralnych pozostałych po wydobyciu radu lub ostatnio t. zw. thoriceriny, zawierającej związki z grupy thoru i rzadkie sole z grupy cerium), tak, aby pokryła ona sklepienia, część pochwową i zajęła około $1/2$ wziernika. Elektrodę ujemną stanowi wstęga metalowa, otaczająca pacjentkę w pasie; pomiędzy tym pasem, a ciałem znajduje się płótno zwilżone słoną wodą. Elektroda dodatnia — węgiel z łuku volty — zostaje wprowadzona do borowiny, przyczem nie należy jej zbliżać zanadto do części pochwowej. Prąd galwaniczny: 10 do 20 miliamperów w ciągu 20 min. (w pierwszych posiedzeniach używa się 10 miliamperów w ciągu 10 minut).

Po skończonej elektryzacji pozostawia się borowinę w pochwie przytrzymując ją w niej tamponem; po 24 godz. wyciąga się tampon i przemywa się pochwę wodą letnią, w celu usunięcia borowiny. Seansy powtarzają się 3 razy na tydzień; autor zaleca zazwyczaj 5 — 6 seansów w czasie międzymiesiączkowym. Zazwyczaj wystarcza jedna taka lub dwie serje powtarzane w przerwach między perjodami.

Autor stosował omawiane leczenie u 58 chorych ze sprawami zapalnemi przydatków, otrzewnej miednicy małej dookoła tychże, tak przewlekłemi, jak podostremi, pochodzenia czy to rzeżączkowego, czy połogowego.

Dokładnej statystyki autor nie podaje jednakowoż nagół jest z omawianego postępowania leczniczego zadowolony, zaznacza jednak, że nie można się po niem spodziewać ostatecznego wyleczenia zapaleń szyjki macicy tak rzeżączkowego, jak banalnego pochodzenia. Elektroliza borowiny wpływa jednak w tych przypadkach wybitnie na poprawę miejscową, wzmagając siły obronne organizmu.

T. Zawodziński.

CHOROBY OCZNE.

Przypadek infekcji soczewkowej przez lasecznik megatherium. M. Nida et D. Chiazzaro. *Ann. d'Ocul z. 12, 1928.*

W opisanym przypadku, po urazie oka, stwierdzono w przednich warstwach soczewki odłamek metalu. W ciągu 12 dni oko było zupełnie niezadrażnione; trzynastego dnia nagle wystąpiły gwałtowne bóle, ropa w komórce przedniej tak. iż gałkę oczną trzeba było usunąć. Badania bakterjologiczne ropy wykazało obecność laseczników megatherium. Przypadek ten wskazuje, iż soczewka jest dobrem podłożem dla rozwoju bakterji i poucza zdaniem autorów, że w przypadkach stwierdzonego ciała obcego w soczewce, nawet gdy niema zadrażnienia oka w pierwszych dniach po wypadku, należy być ostrożnym w stawianiu rokowania,

Z. J.

Ciśnienie naczyń tętniczych siatkówki. P. Baiłliart. *Ann, d'Ocul z. 5. 1928*

Autor dokładnie opisuje swoją metodę mierzenia ciśnienia naczyń siatkówki. Badając to ciśnienie okulista często pierwszy stwierdza wzmożenie ogólnego ciśnienia krwi. W niektórych przypadkach, jak przy wzmożeniu ciśnienia mózgordzeniowego nie mamy czasami innych objawów poza wzmożeniem ciśnienia w tętnicach siatkówki. W przypadkach, gdzie należy różniczkować między tarczą zastoinową i zapaleniem nerwu wzrokowego, wzmożone ciśnienie tętnic siatkówki przemawia napewno za tarczą zastoinową.

O zwiększonem ciśnieniu tętnic siatkówki możemy mówić tylko wówczas, gdy wartość ciśnienia tętnicy środkowej siatkówki jest wyższa od połowy wartości ciśnienia tętnicy ramieniowej.

Z. J.

Ciśnienie tętnicze siatkówki w pozycji siedzącej i leżącej. Salvati. *Ann. d'Ocul, Nr. 12, 1928.*

Zapatrywania różnych autorów co do wahań w ciśnieniu naczyń siatkówki, mierzonego w różnych pozycjach chorego są rozmaite. Autor, posługując się metodą Bailliart'a, dokładnie zbadał 10-ciu chorych, w pozycji siedzącej, a następnie leżącej i w obu pozycjach otrzymał wyniki identyczne. Jednakże u osobników anemicznych ze zmniejszoną masą krwi, według obserwacji *Magitot*, ciśnienie miejscowe w tętnicach siatkówki zwiększa się w pozycji leżącej chorego.

Z. Januszewski.

Zaćmy młodzieńcze u osobników leczonych z powodu gruźlicy. *Ann d'Ocul, z. 3, 1928,*

Autor opisuje 2 przypadki zaćmy u osobników młodych (16 i 19 lat), którzy z powodu gruźlicy, w ciągu wielu miesięcy byli leczeni fosforanem wapnia. W pierwszym przypadku zaćma powstała i dojrzała w ciągu trzynastu miesięcy. W drugim od urodzenia istniało zmętnienie soczewek o charakterze zaćmy warstwowej, w czasie leczenia gruźlicy zaćma szybko dojrzała.

Autor uważa, iż w przypadkach tych leczenie gruźlicy wapnem nie pozostało bez wpływu na powstanie w pierwszym przypadku i szybkie postępowanie zaćmy w drugim,

Z. Januszewski.

Porażenie mięśni ocznych jako skutek znieczulenia lędźwiowego. Prof. Rollet. *Journal de Medecine de Lyon. Nr. 197, 20. III. 1928.*

Do najczęstszych powikłań ze strony oczu spotykanych po znieczuleniu lędźwiowem należy porażenie nerwu odwodzącego (zwykle jednostronne), Rzadziej spotykamy się z porażeniem n. okoruchowego. Porażeniom tym zwykle towarzyszą objawy podrażnienia opon. mózgowych — bóle głowy, sztywność karku, wymioty. Pierwsze objawy porażenia występują najczęściej 8—10 dni po zabiegu, trwają około 3—4 tygodni i ustępują zwykle bez

śladu. Objawy kliniczne: dwojenie, zez porażenny, zawroty głowy. Patogeneza niejasna. Leczenie: zapobiegawcze — ulepszenie techniki znieczulania, ostrożne dawkowanie; objawowe — okulary z jenem szkłem matowem (dla uniknięcia dwojenia), strychnina, u osobników kiłowych — kuracja specyficzna. Zabiegi operacyjne są przeciwskazane, galwanizacja mało skuteczna.

Z. J.

Leczenie zapalenia rogówki opadnięciem powieki górnej. Salvati. *Ann. d'Ocul z. 3, r. 1928.*

W całym szeregu schorzeń rogówki (zapalenie rogówki przy niedomykaniu powiek, zapalenie rogówki neuroparalityczne, duży wytrzeszcz przy chorobie Basedowa, urazy rogówki) konieczna jest ochrona jej przed zewnętrznymi czynnikami szkodliwymi. Autor, zamiast zwykle stosowanego zeszycia powiek; wstrzykuje w miejsce wyjścia dźwigacza powieki 1 cm³. alkoholu 90° z dodatkiem kilku kropli nowokainy, co w parę minut wywołuje opadnięcie powieki górnej, pozostające przeszło miesiąc. W razie potrzeby zabieg ten można powtórzyć.

Z. J.

Uwagi o nieżycie wiosennym. Langrange H. *Ann. d'Ocul z. 5, 1928.*

Na zasadzie swoich obserwacji autor dochodzi do wniosku, iż nieżyt wiosenny spojówek, występujący u dzieci w okresie dojrzewania płciowego, wiąże się z niedomogą czynnościową gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Spojowki tych osobników uczulone są na pyłki niektórych roślin, patogeneza więc nieżytu wiosennego ma dużo wspólnego z patogenezą kataru siennego, coryze spasmodique, astmą, w których to cierpieniach pyłki te grają rolę antygenu.

Autor miał dobre wyniki, lecząc nieżyt wiosenny podawaniem doustnie wyciągów suchych z gruczołów płciowych.

Z. Januszewski.

Niepokój wzrokowy. (La grandes et la petit angoisse oculaire). Aubaret E. i Sedan J. *La Clin. Sphtal. Nr. 19, 1928.*

Sympatikotonicy, oraz ludzie o wysokiem ciśnieniu krwi często cierpią na zwykle przemijące upośledzenie wzroku spowodowane skurczem naczyń siatkówki — szczególnie, zmęczenie, zimno oraz zaburzenia wydzieliny wewnętrznej spowodować mogą nagłe zamglenie wzroku, zwykle trwające kilka sekund, lub minut do godziny. Czasem chory odczuwa jednocześnie ciężar w oczach, ból głowy—rzadko jednocześnie następuje rozszerzenie źrenic. Niektórzy autorzy np. *Weiss* (1913), *Cuenod i Nataf* (1928) stwierdzali nawet podobne przypadki zapomocą badań wziernikiem.

Według *Hornikera* istnieje jeszcze typ schorzenia, spowodowany skurczem naczyń włosowatych siatkówki.

Dłużej trwający skurcz naczyń prowadzić może do zmian wstecznych i głębokich — jednak w tych przypadkach dowieść trudno, czy tylko ten czynnik właśnie spowodował ślepotę.

Obok tych objawów, które autorzy nazywają wielkim niepokojem istnieje jeszcze i t. zw. mały niepokój wzrokowy, wykazujący się niewielkiemi zamgleniami wzroku przejściowemi zależącymi od skurczów naczynioruchowych, spowodowanych nadwrażliwością układu współczulnego. Objawy te zdarzyć się mogą u astmatyków, u cierpiących na skurczowe zapalenia kiszek, pokrzywkę, chromanie przestankowe i t. p. Pewną rolę w tych objawach grać zapewne muszą, odkryte w 1873 roku przez *Rougeta*, kurczliwe komórki, otaczające swemi rozgałęzieniami naczynia włosowate. Komórki te poraz wtóry wykrył i opisał *Scbaly* w 19?6 r. przytem nietylko w naczyniach włosowatych siatkówki, ale i w naczyniach włosowatych naczyniówki i ciałka rzęskowego.

Środki przeciwskurczowe, szczególnie wdychanie amylnitrytu, stosowanie trynitryny, walerjany wstrzykiwanie pilokarpiny pomagają bardzo w tych stanach. W przypadkach cięższych często uciekać się trzeba do wstrzyknięcia pozagałkowego 1 mgr. atropiny w roztworze. W razie stwardnienia naczyń, zaburzenia w wydzielinie wewnętrznej, kile leczenie powinno być o ile możności przyczynowe i swoiste.

Jonizacja w jaskrze. (L'ionisation de glaucome). Cantonnet A. *La Clin. Ophtalm. 1928 r.*

W przypadkach wysokiego napięcia śródgałkowego jonizacja zapomocą chlorku wapnia 1/400 przy stosowaniu napięcia prądu 2 — 5 mmamp w ciągu 20 — 30 minut. 3 — 4 razy dziennie może obniżyć napięcie z 70 do 40 — 30 mm Hg. i tem ułatwić wykonanie zabiegu przeciwjaskrowego. W przypadkach, kiedy chorzy nie zgadzają się na dokonanie zabiegu, lub kiedy zabieg jest przeciwwskazany, jonizacja nieraz pomaga, chociaż nigdy nie jest w stanie zastąpić odpowiednich operacji przeciwjaskrowych.

Udział lekarza w walce z wypadkami samochodowemi. Weekers L. *La Clin. Ophtalm N. 10, 1928, str. 555 — 581.*

Na zasadzie szeregu przykładów z życia uważa autor, że najczęściej przypadki samochodowe spowodowane są złem widzeniem, wzgl. niesprawnością fizyczną, lub psychiczną kierowcy, Toteż, za dyskwalifikujące uważa u kierowców; ostrość wzroku poniżej 0,4 na jedno i 0,1 na drugie oko, braki w polu widzenia, dwuwidzenie, kurzoślep. Dalej słuch poniżej szeptu z odległości 30 metrów; zaburzenia równowagi; braki ze strony czynności którejkolwiek kończyny. Z chorób nerwowych: epilepsję, wiąd rdzenia, porażenie postępujące, śpiączkę stwardnienie rozsiane i porowatość rdzenia. Wszystkie choroby psychiczne; cięższe choroby układu naczyniowego i pijaństwo.

Autor proponuje zawiadomiać kierowców jaknajstaranniej o tych wadach, przy których im nie wolno kierować samochodem. W razie wypadku, o ile komisja stwierdziłaby, że wypadek jest spowodowany ich niesprawnością, ulegaliby ciężkim karom. Stąd przed obejmowaniem obowiązków sami we własnym interesie powinni się poddać gruntownemu zbadaniu. Pozatem radzi autor ustalenie międzynarodowe przepisów dotyczących kierowców samochodowych. Zamiast znaków barwnych na drogach zalecałby jednobarwne, tylko różnych zarysów.

W. Melanowski.

BIBLJOGRAFJA.

L. Faroy. Thérapeutique digestive Les principaux médicaments. *Wstęp prof. Loeper'a. Paryż 1928, nakładem: Gaston Doin. Stron 118, VIII, in 8-vo, cena 15 Frs.*

G. Faroy, ordynator szpitali paryskich, zaznacza, że celem jego książki nie było przedstawienie całokształtu leczenia cierpień przewodu pokarmowego, ani też dokładnych danych farmakologicznych o lekach, stosowanych w leczeniu wspomnianych cierpień; omawiana książka, przeznaczona dla praktyków i słuchaczy medycyny, ma raczej na celu przypomnienie tych szczegółów, których znajomość w praktyce jest niezbędna. Niema w niej długich wywodów teoretycznych, dotyczących patogenezy i patologji cierpień przewodu pokarmowego, podane są tylko w paru słowach objawy chorobowe. Dlatego też i podział omawianych leków jest alfabetyczny dla ułatwienia czytelnikowi znalezienia pożądanej formuły i recepty, w które obfituje niniejsza książka. Ogromne bogactwo praktycznych wskazówek w stosowaniu leków kryje w sobie bez wątpienia wiele ciekawych i ważnych szczegółów, nieznanych częściowo nawet biegłym lekarzom. Książka ta odsłania też, zwłaszcza polskiemu czytelnikowi. tajemnice lecznictwa francuskiego, odbiegającego niejednokrotnie od lecznictwa naszego i niemieckiego. Godzi się też podkreślić jeden brak tej książki, brak, który podnosi jej wartość: niema w niej nietylko podkreślenia wartości poszczególnych specyfików, któremi fabryki przetworów leczniczych zasypują świat lekarski, ale wogóle niema w niej wzmianki o specyfikach. Dla tego *G. Faroy* przemawia bezpośrednio, językiem zrozumiałym dla czytelnika, przemawia mianownictwem, które każdy lekarz bez wyjątku zna dobrze, gdyż znajomość tę wynosi z ławy uniwersyteckiej. Fakt, że przedmowę do tego dziełka napisał profesor terapji Uniw. Paryskiego *M. Loeper*, znany badacz i lekarz schorzeń przewodu pokarmowego — dowodzi, że poglądy w tej książce podane, odpowiadają w zupełności francuskiej szkole lekarskiej. Zaufanie nasze do autora wzrasta tem bardziej, skoro się dowiadujemy, że prof. *Loeper* przyznaje się do pewnej odpowiedzialności za to dziełko swego dawnego współpracownika.

Poszczególne, zwarte i treściwe rozdziały omawiają następujące grupy leków; goryczki, belladonna (atropina), dwuwęglan sodu, sole bizmutu, sole wapnia, kwas solny, cytrynian sodu, ezeryna, oleje, ipekakuana (emetyna), blekot, kwas mlekowy (zaczyny mlekowe), sole magnezu, środki przeczyszczające makowiec i pochodne, żółć i jej przetwory, opoterapja żołądkowa (pepsyna), opoterapja trzustkowa, pepton, fosforan sodu (kw. fosforowy), salicylan sodu, siarczan sodu. W końcu książki znajduje się dokładny spis rzeczy.

To krótkie compendium środków farmakologicznych, stosowanych w lecznictwie cierpień przewodu pokarmowego, nie omawia oczywiście ani djetetyki, ani leczenia zapomocą picia wód mineralnych, ani zabiegów jak okłady i t. p. Podtytuł książki tej „ważniejsze leki" może jednak budzić pewne zastrzeżenia, gdyż nie znajdujemy w niej omówienia niektórych środków, mających pewne znaczenie w lecznictwie cierpień przewodu pokarmowego, jak n.p. tannina, hexamethylentetramina, salol (nie omówiony w dziale salycylu) i inne, należy jednak raz jeszcze podkreślić, że książka ta odzwierciadla lecznictwo francuskie, nieco odmienne od naszego.

Omawiana książka w każdym razie zasługuje na gorące polecenie jej lekarzom-praktykom (nietylko internistom), którzyby chcieli poznać się bliżej z terapją francuską (poza specyfikami), tak wysoko cenioną w całym świecie.

Zewnętrzna szata książki staranna, papier bardzo dobry, format dogodny—wreszcie dodam: język jasny, prosty—nawet dla mniej obeznanych z mową *Pasteur'a, Claude, Bernard'a, Widal'a Richet'a* — łatwy i zrozumiały. *Zdz. Gorecki.*

Ch. H. May. Podręcznik chorób ocznych. (Manuel des maladies de l'oeil). *5 wydanie francuskie, Paris, Masson & Cie, Cena 55 fr. francuskich. St. 496, 374 ryciny w tem 25 tablice z 73 rys. barwnemi.*

Już samo to, że książka od 1900 r. liczy 12 wydań angielskich i 5 francuskich, mówi chyba dostatecznie o jej wartości. Wydanie obecne francuskie uzupełnione

zostało według 12 wydania angielskiego i dopełnione szeregiem uwag przez tłomaczów francuskich *P. Bouina, Meniera* i *P. L. Marie.*

W porównaniu z wydaniem poprzedniem książka liczy o 46 str. i o 9 rycin więcej, przytem, pomimo okazałej szaty zewnętrznej, kosztuje wcale niedrogo.

Treść podręcznika odpowiada bogactwem szacie zewnętrznej i w krótkości daje zestawienie ważniejszych dla praktyka sposobów badania narządu wzroku oraz wykład chorób ocznych i leczenia ich lekowego i chirurgicznego.

W porównaniu z wydaniem poprzedniem obecne zawiera rysunek i opis badania tonometra *Schiötza* — podkreślona jest przytem wartość uprzednia znieczulenia oka holokainą, która nie wzmaga ciśnienia oka i nie powoduje złuszczenia nabłonka rogówki.

Z nowszych metod badania dano krótkie zasady badania lampą szczelinową.

Wśród zabiegów powiekowych zamiast dawnych i niepewnych zabiegów, że wspomnę szwy *Gaillarda* przeciw podwinięciu powieki, zaleca autor już szereg zabiegów nowych i więcej celowych. Podobnie, jak i przeciw opadnięciu powieki górnej, zaleca estetyczną i celową operację *Hessa.*

Również dawny i nic nie mówiący rysunek wytrzeszczu (96) w obecnem wydaniu zastąpiono nowym doskonale obrazującym cierpienie; podobnie rysunek wyłuszczenia oka w obecnem wydaniu jest dużo wyraźniejszy i lepszy.

W opisie jaglicy dodano już jako fakt, odkrycie przez *Noguchiego* (1927) zarazka jaglicy.

W rozdziale o zapaleniu współczulnem zwrócono uwagę na dodatnie wyniki leczenia Salwarsanem tego ciężkiego cierpienia.

W opisach operacji zaćmy uwydatnił autor pożyteczność płata spojówkowego przy tym zabiegu. Bardzo przystępnie i starannie wyłożono optykę i badanie czynnościowe wzroku — dodano tu w krótkości o znaczeniu i typach szkieł barwnych ochronnych. W rozdziale o zezie podano leczenie zeza rozbieżnego wycięciem kawałka mięśnia, według *Reese.*

W rozdziale o leczeniu słusznie podkreśla autor ważność tuberkulinoterapji w schorzeniach gruźliczych narządu wzroku.

A teraz słów kilka o usterkach podręcznika. Przedewszystkiem, trudno pojąć, dlaczego autor, podobnie zresztą do większości innych, zaleca wyczekiwanie w początkowych okresach rzeżączki spojówek i uważa za wystarczające leczenie 1% lapisem tembardziej, jeśli jako profilacticum w tem cierpieniu zaleca 2% rozczyn tego leku.

Również niepotrzebnie w leczeniu błonicy spojówek zaleca leczenie miejscowe lapisem — toteż zgodzić się należy ze zdaniem tłomacza francuskiego, który za jedynie racjonalne leczenie uważa możliwie wczesne stosowanie surowicy przeciwbłonicznej.

Dalej trudno zgodzić się z autorem co do wartości kleszczyków rolkowych Knappa dla wycisków jagliczych. — ogólnie wiadomo, że kleszczykami temi można więcej zniszczyć tkanki względnie zdrowej, niż usunąć grudek.

Za niepotrzebne też i wręcz szkodliwe uważamy zalecanie rozcinania ujścia kanalików łzowych — jestto zabieg, bez którego może się śmiało obyć i praktyk i specjalista.

Wreszcie w opisie objawów ocznych chorób ogólnych niesłusznie może pominął autor objaw *Gradenigo* w zapaleniu wierzchołka kości skalistej. Objaw ten stosunkowo wcześnie ostrzec może praktyka o zagrożeniu opon mózgowych w schorzeniach narządu słuchu.

Wszystkie te, atoli drobne, usterki wcale nie zmieniają wielkiej wartości książki i dla studenta i dla praktyka.

Doc. Dr. W. A. Melanowski.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski.*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

Zawiera w stanie **biologicznie czynnym i niezmienionym**

Fermenty i Lipoidy krwi

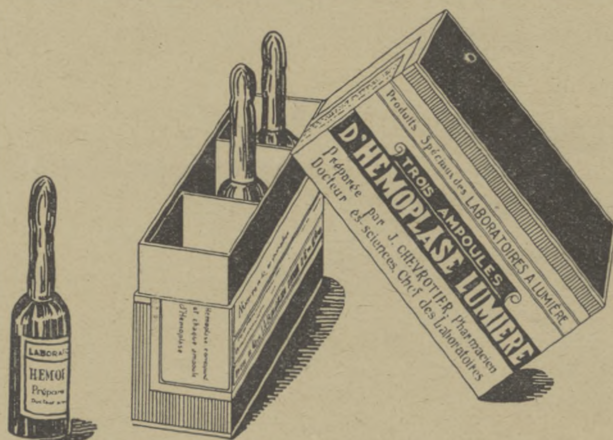
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES à 10 cc. à 5 cc. niezawodny nawet
(Śródmięśniowo) w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 wstrzyknięcia tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. (1/5 amp.) od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc (1/2—1/1 amp.)

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6—10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLAS GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i waniliją)
(SPECJALNIEJ DLA DZIECI)





DAWKOWANIE:

od 2—6 lat 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat 3—4 łyż. dziennie.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.